= N. 2

A. obst. 1 ag

ZUR

GEBURTSHÜLFE

UND

GYNÄKOLOGIE,

VON

DR. G. F. H. ÄBEGG,

Geh. Sanitätsrath und Director der Königl. Heb-Ammen-Lehranstalt zu Danzig.

DANZIG,

L. SAUNIERSCHE BUCHHANDLUNG.

(A. SCHEINERT.)

1873.

ZUR

GEBURTSHÜLFE

UND

GYNÄKOLOGIE,

VON

DR. G. F. H. ABEGG,

Geh. Sanitätsrath und Director der Königl. Heb-Ammen-Lehranstalt zu Danzig.

DANZIG,

L. SAUNIERSCHE BUCHHANDLUNG.
(A. SCHEINERT.)

1873.

Bayerische Staatsbibliothek München

Bayerische
Staatsbibliothek
München

1873

(A. SCHEINERT)

L. SAUNIER'SCHE BUCHHANDLUNG

DANZIG.

Dr. C. E. H. ABEGG,

Ober-Medicinalrath und Director des Königl. Hebe-Ammen-Instituts zu Danzig.

GYNÄKOLOGIE

UND

GEBURTSHÜLFE

FÜR

Der Wunsch, zeitweise über die Ereignisse hiesiger Hebammen-Lehranstalt zu berichten und die Hoffnung, durch meine Beobachtungen in und ausser der Anstalt nach Möglichkeit die Gynäkologie zu fördern, möge die folgenden Mittheilungen rechtfertigen, und ihnen die nachsichtige Aufnahme verschaffen, welche meinen früheren kleinen Arbeiten zu Theil wurde.

Danzig, 1. Juli 1873.

H. Abegg.

Universitäts-
Bibliothek
Paderborn

I.

Bericht über die Hebammen-Lehranstalt

1869—1872.

Westpreussen hat seit 1867 um 32,000 Einwohner zugenommen, der Regierungsbezirk Danzig um 10,000, der Regierungsbezirk Marienwerder um 22,000.

Demgemäss ist auch das Bedürfniss nach Bezirks-Hebammen gewachsen; ganz abgesehen von den vielen Frauen, welche auf eigene Kosten sich zu Hebammen ausbilden wollen, von denen wegen der beschränkten Räume der Anstalt nur wenige angenommen werden können.

I. Lehrcurse.

1869 bis 72 incl. wurden 8 Lehrcurse abgehalten, und 161 Schülerinnen ausgebildet:

Cursus.	Reg.-Bezirk Danzig.	Reg.-Bezirk Marienwerder.	Auf eigene Kosten.	Summa:
107.	3	10	9	22
108.	6	10	3	19
109.	5	12	1	18
110.	7	7	6	20
111.	4	11	4	19
112.	1	9	13	23
113.	3	9	7	19
114.	6	10	5	21
Summa:	35	78	48	161

II. Lehrer.

Als zweiter Lehrer fungirt Herr Dr. Wiebe seit Juli 1872 an Stelle des auf seinen Wunsch ausgeschiedenen Herrn Dr. Lissauer.

III. Die Allgemeine Einrichtung,

übrigens dieselbe, wie 1869*), ist 1872 durch die Wasserleitung und Canalisation sehr verbessert worden.

IV. Geburten

ereigneten sich in den letzten 4 Jahren 908; davon betrafen 430 Primiparae, 47:100; 478 Mehrgebärende, 53:100, ganz dasselbe Verhältniss, wie es seit 1819 hier bestand.

Es waren unter 20 Jahren alt 75 = 8
von 20 bis 30 „ „ 696 = 76 } : 100
von 31 bis 46 „ „ 139 = 15

Zur Erläuterung dienen folgende Uebersichten:

I. Entbundene nach Alter und Zahl der Geburten:

Alter: in Jahren.	1 p.	2 p.	3 p.	4 p.	5 p.	6 p.	7 p.	8 p.	9 p.	10 p.	11 p.	12 p.	Sa.:
14.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
16. — 19.	67	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	73
20. — 25.	247	111	16	1	—	—	—	—	—	—	—	—	375
26. — 30.	90	172	38	11	6	2	1	—	—	—	—	—	320
31. — 35.	20	29	19	7	5	3	1	1	1	—	—	1	87
36. — 40.	3	6	8	6	3	7	2	1	3	—	1	—	40
41. — 46.	1	2	—	—	2	1	1	2	1	1	—	—	11
Summa:	430	326	81	25	16	13	5	4	5	1	1	1	908

*) S. Abegg, Bericht über die Königl. Heb-Ammen-Lehranstalt zu Danzig von 1819 bis 1868, Danzig 1869.

2. Allgemeine Uebersicht:

Jahr.	Geburten.			Mütter.	Kindeslagen.								Kinder.				
	Einfache	Zwillinge	Summa	1 par.	multip.	Schädel-lagen	Gesichts- und Stirnlagen	Steiss-lagen	Fusslagen	erste	zweite	Knaben	Mädchen	Summa	zeitige	vorzeitige
1869	235	4	239	111	128	230	3	7	1	2	—	125	118	243	225	18
1870	260	7	267	130	137	256	1	10	4	2	1	135	139	274	237	37
1871	161	3	164	74	90	154	3	1	5	3	1	82	85	167	157	10
1872	232	6	238	116	122	225	1	10	2	2	4	119	125	244	224	20
Sa.:	888	20	908	431	477	865	8	28	12	9	6	461	467	928	843	85

Ausserdem kam Abortus im 4. Monat einer ersten Schwangerschaft, und 1 Traubenmole von 550 Grm. Gewicht im 5. Monat einer 7. Schwangerschaft vor. Die geringere Zahl für 1871 erklärt sich aus wiederholtem Schlusse der Anstalt vom 21. bis 31. März und 28. April bis 3. Juni wegen Puerperalfiebers.

3. Zwillingsgeburten

kamen 20 vor, mithin 1:45, etwas mehr als 2 Proc., noch etwas häufiger als von 1819—1868, wo das Verhältniss 1:49, und weit häufiger, als an andern Orten, von denen ich in dem früheren Berichte unter 268,449 Geburten 3597 Zwillingsgeburten, also 1:74, gefunden hatte.

Es wurden geboren:

7 Mal 2 Knaben
3 „ 2 Mädchen
6 „ erst 1 Knabe, dann 1 Mädchen,
4 „ erst 1 Mädchen, dann 1 Knabe.

Beide Früchte kamen in { Schädellagen . 5 Mal
Steisslagen . . 2 „

Die erste Frucht kam in Stirnlage, die zweite in Fusslage 1 Mal.

Die erste Frucht in Schädellage { die zweite in Stirnlage 1 Mal
die zweite in Steisslage 2 „
die zweite in Fusslage 3 „

Die erste in Steisslage, die zweite in Schädellage 4 Mal.

Die erste in Fusslage { die zweite in Schädellage 1 Mal
„ „ in Schulterlage 1 „

Die erste Frucht stellte sich mithin

in Schädellagen 11 Mal
in Stirnlage . . . 1 „
in Steisslagen . . 6 „
in Fusslagen . . . 2 „

Die zweite Frucht

in Schädellagen . . 10 Mal
in Stirnlage . . . 1 „
in Steisslage . . . 4 „
in Fusslage . . . 4 „
in Schulterlage . . 1 „

also im Ganzen 21 Mal Schädellagen, 10 Mal Steisslagen, 6 Mal Fusslagen, 2 Mal Stirnlagen und 1 Mal Schulterlage.

13 Mal war die erstgeborene Frucht die schwerere, **7** Mal die zweite.

Der Mutterkuchen war **15** Mal gemeinschaftlich, **5** Mal getrennt.

Die Zwischenzeit zwischen Geburt des ersten und zweiten Kindes betrug

5	Minuten	**3**	Mal
10	„	**1**	„
15	„	**4**	„
30	„	**2**	„
45	„	**2**	„
1	Stunde	**2**	„
1 1/4	„	**1**	„
1 1/2	„	**1**	„
2	„	**1**	„
2 1/4	„	**1**	„
2 1/2	„	**1**	„
10	„	**1**	„

also **14** Mal 1 Stunde höchstens; nur 6 Mal längere Zeit; **5** Mal über 1 Stunde bis 2 1/2 Stunden; **10** Stunden nur 1 Mal bei Stirnlage des zweiten Kindes.

Die Nabelschnur war

31 Mal von rechts nach links
9 Mal von links nach rechts
} gewunden.

Ein Mal (N. 12) wurde ein gesunder lebender Knabe und sodann ein todtfauler Knabe geboren.

Näheres ergiebt die folgende Uebersicht:

Uebersicht de

No.	Datum.	Alter der Mutter	? para	Zwischenzeit zwischen der Geburt der Kinder.	Geschlecht, Gewicht, Länge, Lage.	
					Erstes Kind.	Zweites Kind.
	1869	Jahre.				
1.	19. März	26	2	2 Stunden	**Knabe**, 6 Pfd. 2 L., 50 Ctm. lang, lebend. Blasenspr. Vorm. 11 1/2 Uhr, Geburt sogleich. 2 Steisslage.	**Knabe**, 7 Pfd. 2L., 53 Ctm lang, lebend. Blasenspr Nachm. 1 1/2 Uhr, Gebur sofort. 1 Schädellage.
2.					Frühzeitig.	
	8. Sept.	25	1	15 Minuten	**Mädchen**, 3 Pfd. 8 L., 43 lang, lebend. Blasenspr. 7 3/4 Abends, Geburt 8 1/2 Abends. 1 Schädellage.	**Knabe**, 2 Pfd. 17 Lth., 4 lang, lebend. Blasenspr. 8. 40 Ab., Geburt 8. 45 Ab 2 Schädellage.
3.					Frühzeitig, todtfaul.	
	24. Sept.	26	2	5 Min.	**Knabe**, 1 Pfd. 29 Lth., 34 lang. Blasenspr. 10 Abds., Geburt 10 1/2. 1 Schädellage.	**Mädchen**, 1 Pfd. 12 L., 3 lang. Blasensprung und sofort Geb. Ab. 10 U. 35 M. 1 Schädellage.
4.	12. Dec.	24	3	30 Min.	**Knabe**, 5 Pf. 25 L., 49 lang, lebend. Blasenspr. früh 12 3/4, Geburt sogleich. 1 Schädellage.	**Knabe**, 5 Pf. 20 L., 46 lang lebend. Blasenspr. früh 1 U. Geburt 1 1/4. 2 unvollk Fusslage.
5.	1870				Frühzeitig, lebend.	
	10. März	23	1	1 Stunde	**Mädchen**, 3 Pfd. 18 L., 42 lang. Blasenspr. 1 St. vor der Geburt. 1 Schädell., † 2 Tage nach der Geburt.	**Mädchen**, 4 Pfd. 18 Lth. 41 lang. 2 Schädellage.
6.	18. März	33	7	30 Min.	**Knabe**, 6 Pfd. 20 Lth., 51 lang. Blasenspr. 1 St. v. d. Geburt. 2 Steissl., lebend.	**Knabe**, 6 Pfund 22 Loth. 50 lang, lebend. 1 unvollkommene Steisslage.
7.					14 Tage zu früh.	
	18. April	26	1	1 Stunde	**Knabe**, 4 Pf. 5 L., lebend, 42 lang. Blasensprung vor der Aufnahme, die 7 Std. vor der Geburt erfolgte. 2 Schädellage.	**Knabe**, 3 Pfund 29 Loth. 44 lang, lebend. 2 Schädellage. † 2 Tage nach der Geburt.
8.					Frühzeitig, lebend.	
	3. Mai	37	5	15 Min.	**Knabe**, 5 Pf. 5 L., 46 lang. Blasenspr. 1/4 St. vor der Geburt. 2 Steisslage 2 Unterart.	**Mädchen**, 4 Pfd. 19 L., 4 lang. Blasensp. 1/4 St. vor her. Linke Hand mit dem Kopf vorlieg. 2 Schädell
9.	2. Juni	22	2	15 Min.	**Mädchen**, 5 Pfd. 5 Lth., 47 lang. Nabelschnurvorfall, lebend. 1 Steisslage.	**Mädchen**, 5 Pfd. 22 L. 48 lang, lebend. 2 Schädellage.

Zwillingsgeburten.

Nabelschnur.			Nachgeburt.	Kopfumfang.	Entfernung in Centimeter	
Länge.	Ansatz.	Drehung.			vom Schwertknorpel zum Nabel.	vom Nabel zum Schoossgelenk.
Ctm.						
I. 58 II. 64	beide seitlich inserirt.	links rechts	2 Pfd. 8 Loth.	I. 34 II. 35	6 7	4 5
I. 56 II. 50	seitl. inserirt	links	1 Pfd. 5 L.	I. 27,5 II. 27	4 3,8	3 2,5
I. 40 I. 31	central ins. seitllich ins.	beide links	1 Pfd. 10 L.	I. 22 II. 22	6 5	3 3
I. 64 II. 50	seitlich ins.	links	2 Pfd. 7 L.	I. II. 35	6	3
I. 38 I. 38	seitl. ins. seitlich ins. Eihautr. seitl.	rechts links	1 Pfd. 14 L. in d. Scheide spontan.	I. II. 31	2,5	3,4
I. 45 I. 47	seitlich ins. central ins.	beide links	2 Pfd. 4 L.	I. 35 II. 36	6 6	4 5
I. 44 I. 54	am Rande ins. Eihautr. seitl. in der Mitte ins. Eihautr. central.	beide links	1 Pfd. 18 L. intern geholt wegen Krampfwehen.	I. II. 31	6	4
I. 59 I. 46	seitl. Eihautriss central. Eihautriss seitlich	rechts links	2 Pfd. 15 Loth spontan ausgestossen.	I. II. 31	6	4
I. 66 I. 44	seitl. inserirt Eihautr. seitl. beide „ „	links rechts	2 Pfd. 13 L.	I. 37 II. 34	8 8	4 5

Geheimschaftlich.

No.	Datum.	Alter der Mutter.	? para	Zwischenzeit zwischen der Geburt der Kinder.	Geschlecht, Gewicht, Länge, Lage.	
					Erstes Kind.	Zweites Kind
	1870	Jahre.				
10.	18. Juni	33	2	$1^1/_4$ Std.	**Knabe**, 6 Pf. 5 L. 50 Ctm. lang. Blasenspr. $^3/_4$ St. vorher, lebend. 1 Schädellage.	**Knabe**, todtgeboren, 5 Pf. 28 L., 51 C. lang. Blasensp. $^1/_4$ St. vorher. 1 Steissl.
					Vorzeitig, im 6. Monat.	
11.	6. Aug.	25	2	5 Min.	**Mädchen**, 1 Pfd. 4 L., 28 lang. Blasenspr. bei der Geburt, 1 Schädellage. † $3^1/_2$ St. nachher.	**Knabe**, 1 Pf. 3 L., 30 lang. Blasensprung dicht vorher. 1 S. L. † 10 Stunden nachher.
	1871					
12.	3. Aug.	33	2	5 Min.	**Knabe**, 5 Pfd. 25 Lth., 50 lang. Blasensprung $^1/_4$ St. vorher. 1 S. L., lebt und blieb gesund.	**Knabe**, frühzeitig, todtfaul, 3 Pfd. 11 L., 41 lang. 1 Fusslage.
					Frühzeitig.	
13.	31. Aug.	28	2	45 Min.	**Knabe**, 3 Pfd., 40 lang. Blasenspr. $6^1/_2$ St. vor der Geburt. 1 Stirnl. † 9. Sept.	**Mädchen**, 3 Pfd. 23 Lth., 45 lang. 1 Fussl. † 4 Sept.
14.	9. Sept.	37	3	45 Min.	**Mädchen**, 5 Pfd. 22 Lth., 48 lang. Blasenspr. bei der Geburt. 2 Fusslage.	**Knabe**, scheintodt † nach $^1/_4$ St., 4 Pf. 15 L., 50 lang. 1 Schädellage.
	1872					
15.	10. Jan.	34	1	$2^1/_4$ Stdn.	**Knabe**, scheintodt †. 6 Pf. 18 L., 49 lang. 2 Fusslage, tiefe guldengrosse Infraction d. link. Scheitelbeins mit Trennung v. linken Schläfenbein in d. Schuppen-Nath. Extraction.	**Knabe**, 5 Pfd. 28 Lth., 49 lang. 2 Schulterl. 1 U. Art. Wendung auf d. rechten Fuss.
					8 Wochen zu früh.	
16.	10. Febr.	25	1	10 Min.	**Knabe**, $3^1/_4$ Pfd., 41 lang. 1 Steisslage, † nach 3 Tagen.	**Mädchen**, 3 Pfd. 1 L., 40 lang. 1 Steissl., † nach $2^1/_2$ Tagen.
17.	20. Febr.	33	2	10 Stdn.	**Mädchen**, 6 Pfd. 3 Lth., 50 lang. 1 S. L.	**Mädchen** †, 5 Pfd. 18 L., 50 lang. 1 Stirnl., Stirngeschwulst auf d. rechten Stirnbein u. secundär auf d. Hinterhaupt. Schwere Zange.
					14 Tage zu früh.	
18.	25. Mai	25	2	15 Min.	**Knabe**, 5 Pfund, 46 lang. 1 S. L.	**Mädchen**, 5 Pfd. $8^1/_2$ L., 47 lang. 1 Steisslage.
19.	7. Aug.	21	1	$2^1/_2$ Stdn.	**Mädchen**, 3 Pfd. 28 Lth., 49 lang. 1 S. L.	**Knabe**, 5 Pfd. 17 Lth., 49 lang. Unvollk. Fusslage, Ausziehung wegen Wehenmangel.
					Frühzeitig.	
20.	14. Oct.	26	1	$1^1/_2$ Stde.	**Knabe** †, 4 Pfd., 46 lang. 2 Steissl., N. S. Vorfall. Extraction, Schlinge nach Hecker über die Oberschenkelbeuge.	**Mädchen**, scheintodt, belebt. 4 Pfd. 11 L., 42 lang. 1 S. L.

Nabelschnur.			Nachgeburt.		Kopfumfang.	Entfernung in Centimeter	
Länge.	Ansatz.	Drehung.				vom Schwertknorpel zum Nabel.	vom Nabel zum Schoossgelenk.
Ctm.							
I. 64	central ins.	rechts	Getrennt.	I. 1 Pfd. 4 L.	I. 34	6	5
II. 44	ganz velamentös am Rande ins.	links		II. 29 Loth.	II. 33	7	4
I. 32	beide	rechts		I. 15 Lth.	I. 21	4	4
II. 36	seitl. ins.	links		II. 14 Lth.	II. 21	3	3
I. 36	seitlich	links	Gemeinschaftl.	1 Pf. 11 L. äusserlich entfernt.	I. 34	6	4
II. 31	ins. zerriss.				II. 32	5	3
I. 40	seitlich	rechts	Getrennt.	10 L. äusserlich.	I. 30	4	2
II. 47	inserirt			14 L. innerl. geh.	II. 32	5	3
I. 55	mitten ins.	links		fest durch die Eihäute verbunden, zusammen 2 Pf. 4 L. spontan.	I. II. 33	6	3
II. 58	seitl. ins.						4
I. 71	mitten ins.	links	Gemeinschaftlich.	$2^1/_2$ Pfd. äusserl. entfernt.	I. 34	7	5
II. 64	Eihautriss mitten				II. 33	8	4
I. 50	seitlich	links gedreht		1 Pfd. 10 Loth.	I. 28	5	3
II. 36	inserirt				II. 27,5	4,5	2,5
I. 59	seitlich inserirt.			Ganz getrennt. 1 Pfd. 1 L.		8	4
II. 66	Eihautriss seitlich.			29 Lth. äusserlich entfernt.	I. 33 II. 36	6	5
I. 52	seitlich		Gemeinschaftlich.	1 Pfd. 26 Loth spontan.	I. 34	5	4
II. 53	inserirt				II. 34	6	4
I. 47	ins. am Rande Eihautr. seitl.	links		$1^1/_2$ Pfd., handgross angewachsen.	I. 31	8	4
II. 48	inserirt u. Eihautr. mitten	rechts			II. 35	8	5
I. 46	seitlich	links		1 Pfd. 21 Loth. Aeusserlich entfernt.	I. 31	6	3
II. 54	inserirt	gedreht			II. 32	5	4

4. Die Fruchtlagen.

Lagen.	Knaben.	Mädchen.	Summa:	
1. Schädellage	315	327	642	865
2. „	106	117	223	
1. Gesichtslage	1	2	3	5
2. „	—	2	2	
1. Steisslage	11	10	21	28
2. „	6	1	7	
1. Fusslage	5	3	8	12
2. „	1	3	4	
1. Schulterlage	6	3	9	15
2. „	6	—	6	
1. Stirnlage	2	—	2	3
2. „	—	1	1	
Summa:	459	469	928	

5. Von den Früchten waren:

	lebend			scheintodt		todt		todtfaul			
Kinder	zeitig	frühzeitig	unzeitig	zeitig	frühzeitig	zeitig	frühzeitig	zeitig	frühzeitig	unzeitig	Summa:
Knaben	381	25	1	10	4	18	3	4	10	3	459
Mädchen	402	19	2	6	3	13	4	2	12	6	469
Summa:	783	44	3	16	7	31	7	6	22	9	928

Lebend wurden also geboren 830 Früchte (incl. 3 unzeitige), todt 36, todtfaul 37, scheintodt 20. Die Wiederbelebung gelang bei 7 Knaben, von denen 1 frühzeitig war, und bei den 6 zeitigen Mädchen.

Mit Zurechnung der **3** lebend geborenen, jedoch nicht lebensfähigen, unzeitigen Früchte waren demnach

todt 46 Knaben, 42 Mädchen, und
lebend 413 „ 427 „

6. Nabelschnurumschlingung um den Hals.

	bei Knaben:			bei Mädchen:			
	lebend	scheintodt	todt	lebend	scheintodt	todt	Summa:
Einfach	53	3	2	60	—	2	120
Zweifach	7	—	—	8	1*	—	16
Dreifach	2	1*	—	1	1 belebt	—	5
Summa:	62	4	2	69	2	2	141
		68			73		

* starben sehr bald *

Die Häufigkeit war also 1:6,5.

131 Kinder wurden lebend, **6** scheintodt (wovon **4** wiederbelebt), **4** todt geboren, am Leben blieben 135 Kinder.

Wahre Knoten der Nabelschnur fanden sich **3** Mal bei **3** lebenden Knaben,

1 Mal velamentöse Insertion der Nabelschnur.

7. Nabelschnurvorfall

ereignete sich **5** Mal bei Schädellagen, 1 Mal wurde die manuelle Reposition mit vollständigem Erfolg gemacht, und 1 lebendes Mädchen geboren, 1 Mal gelang zwar die Reposition, aber das enge Becken, das die Wendung nicht gestattete, machte die Zangenanlegung nothwendig; der Knabe wurde todtgeboren,

2 Mal wurde der Kopf der lebenden Kinder sofort nach dem Vorfallen der N. S. geboren, 1 Mal stand der Kopf schon ganz im kleinen Becken, die Nabelschnur pulsirte nicht mehr, das todte Mädchen wurde mittelst der Zange entwickelt.

Ferner fiel die Nabelschnur vor 2 Mal bei Schulterlagen (durch sofortige Wendung und Extraction wurden beide Knaben, jedoch todt, entwickelt), sodann bei einer Steisslage, bereits todtem 1. Zwillingsknaben, der mittelst Anlegung der Schlinge nach Hecker herausgefördert wurde, endlich 1 Mal bei 1. Fusslage; der durch Extraction entwickelte scheintodte Knabe wurde wiederbelebt.

8. Vorliegender Mutterkuchen

(s. No. 18 Plac. praev.) und zwar central aufsitzend, kam 1 Mal vor bei einer Primipara, im 9. Schwangerschaftsmonat. Durch die Wendung und Extraction wurde ein todtes Mädchen entwickelt, die Mutter, im höchsten Grade anämisch, starb nach 24 Stunden.

Operationen.

I. Die Entfernung der Nachgeburt

fand **78** Mal binnen 15 Minuten nach blosser, leichter Reibung des Fundus uteri Statt, geschah **750** Mal durch das Spiegelberg-Credé'sche Verfahren, mittelst Auflegen einer Hand auf den Uterus und Ueberwachung desselben (Spiegelberg), und wenn nach 15 Minuten die Placenta nicht kam, durch Expression nach Credé; wo dieses nicht zulässig war:

80 Mal durch die eingeführte Hand, davon
- 6 Mal wegen beginnender Perimetritris,
- 9 „ wegen zu fester Verbindung der Placenta mit dem Uterus,
- 3 „ wegen heftiger Blutung,
- 3 „ „ zu tiefen Sitzes der Placenta,
- 21 „ „ zu fetter Bauchdecken,
- 38 „ „ Krampfwehen.

Hin und wieder findet die Credé'sche Methode der Nachgeburts-Entfernung noch Gegner. Die Einen halten sie für einen gewaltsamen Eingriff, also für nachtheilig, die Andern für eine überflüssige Manipulation, da die Nachgeburtswehen allein die Nachgeburt doch ausstossen. Beiden ist zu entgegnen, dass dies Verfahren lediglich die **Verstärkung** einer schon vorhandenen Uterus-Contraction ist, mag diese spontan oder auf sanfte Reibung eingetreten sein. Nach jetzt

hinreichend fest begründeter Erfahrung ist dies aber direct nie nachtheilig — bei rationeller Ausführung —, indirect aber sehr vortheilhaft durch die Ausschliessung aller innern Handgriffe. Für die aber, welche der Natur allein die Ausstossung der Placenta überlassen wollen, führe ich einen Fall an aus jüngster Zeit, wie er sich mir öfters darbot. Am 22. Februar 1873 wurde eine 2para Morgens $7^1/_4$ Uhr, von einer sehr zuverlässigen, alten Hebamme, die die Entfernung der Nachgeburt durch äussere Handgriffe nicht ausübt, leicht von einem lebenden Knaben entbunden; die Nachgeburt folgte trotz anscheinend guter Wehen nicht. Deshalb gegen 10 Uhr, also $2^3/_4$ Stunden nach der Geburt des Kindes gerufen, fand ich zwar ziemlich kräftige, aber wirkungslose Wehen vor; ich wartete den Eintritt einer neuen Wehe ab, und bewirkte in derselben durch das Credé'sche Verfahren sofort die gänzliche Ausstossung der Placenta.

Nach fast dreistündiger Dauer des Nachgeburts-Zeitraumes war der spontane Eintritt stärkerer und wirksamerer Wehen nicht mehr zu erwarten, und dennoch der innere Eingriff zu vermeiden. Das Wochenbett verlief ganz günstig.

Seitdem die innern Handgriffe nur sehr selten angewendet werden, hat sich die Zahl der Störungen des Nachgeburts-Zeitraumes und darauf basirender Krankheitsfälle ganz wesentlich vermindert.

2. Die Expressio foetus nach Kristeller,

d. h. manuelle Hervorrufung fehlender und Verstärkung vorhandener Wehen, durch methodische Compression, wurde oft mit Erfolg zur Unterstützung der Zangenwirkung, und auch nach Geburt des Kopfes

zur Beförderung des Durchtrittes der Schultern angewendet, ausserdem für sich allein 2 Mal. Grosse Empfindlichkeit, entzündliche Vorgänge innerhalb des Unterleibes, schliessen natürlich dieses Verfahren aus. Bei vorangehendem Kopfe ist es sonst um so unbedenklicher, je mehr der Schädel bereits den Muttermund erweitert oder gar passirt hat; um so vorsichtiger muss man aber bei nachfolgendem Kopfe sein, je weniger dies dann der Fall ist, wegen möglicher Zerrung des Cervix uteri, s. Breisky, Monatschr. f. Geburtskunde, Bd. 34 S. 379.

No. 8488. Bei einer 20jährigen Erstgebärenden sprang die Blase, nachdem der Kopf bereits bis zum Beckenausgange herabgetreten war, Nachmittag $6^1/_2$ Uhr, die Wehen wurden allmälig schwächer, um 10 Uhr Abends hatte der Kopf den Beckenausgang noch nicht passirt. Die Expression genügte, um in 1 Minute die Geburt des Kopfes zu beenden, dessen Umfang 34 Ctm. betrug. Der 3,5 schwere Knabe blieb, wie seine Mutter gesund.

No. 9232. Bei einer 25jährigen 2para war angeblich das Fruchtwasser vor 25 Stunden bereits abgeflossen, der Schädel stand auf der Beckenenge in 1 Schädellage 1 U. A., die kleine Fontanelle vorn links, die Richtung der Pfeilnath dem ersten schrägen Durchmesser entsprechend. Nachdem der Schädel bei ungenügenden Wehen nach fast 2 Stunden nicht merklich vorgerückt war, förderte eine Pression den Kopf des 3,15 Kilogr. schweren, lebenden Mädchens heraus. Mutter und Kind blieben gesund.

1. Aeussere.

No.	Datum.	Alter	? para	Ursprüngliche Kindeslage.	Verfahren.	Geburtsverlauf.
1.	30/4 69	33 Jahre	2p.	2 Schulterl. 1 U. A.	Wendung auf den Kopf, durch äussere Handgriffe, linke Seitenlage 24 St. vor der Geburt.	regelmässig in 1 Schädellage.
2.	26/1 71	25 „	2p.	1 „ 1 „	ebenso.	ebenso; 1 St. nach dem Blasensprunge.
3.	4/10 -	29 „	4p.	1 „ 2 „	ebenso.	ebenso; zuletzt Zange wegen Wehenschwäche.
4.	16/11 -	25 „	2p.	2 „ 2 „	ebenso.	regelmässig in 1 Schädellage.
5.	7/10 -	26 „	2p.	1 „ 1 „	ebenso; bei fast sprungfertiger Blase.	günstig in 2 Schädellage 1 U. A.

2. Innere.

1.	27/2 69	29 „	2p.	1 „ 1 „	N. S. lag u. fiel vor beim Blasensp. Wendung auf d. rechten Fuss. Extract.	Zuerst äussere Wendung auf den Kopf, des sehr grossen, auch in Knieellenbogenlage nicht zurückzuhaltenden N. S. Vorfalls wegen bei lebendem Kinde, Wendung.
2.	23/10 -	28 „	3p.	1 „ 1 „	Kam in voller Geburtsarbeit, daher äussere Wend. nicht ausführbar. Wendung auf d. rechten Fuss bei sprungfertiger Blase.	
3.	11/2 -	37 „	7p.	2 „ 1 „	Aeussere Wendung gelang nicht. Wendung auf den linken Fuss. Extract.	
4.	10/3 -	29 „	2p.	1 „ 2 „	Vorfall des linken Arms, Wendung auf d. rechten Fuss, Extraction.	
5.	16/11 -	30 „	3p.	1 „ 1 „	Wendung auf d. rechten Fuss, Extraction.	

3. Wen-

dungen.

Des Kindes			Erfolg für		Bemerkungen.
Geschlecht	Länge	Gewicht	Mutter.	Kind.	
Mädchen.	52	3,687	gesund.	gesund.	
„	52	3,560			
„	56	3,925			
„	52	3,935			
„	54	4,400			
Knabe.	57	3,925	gesund.	† während d. Geb.	Enges Becken. Conj. diag. 9,2, vera also circa 7,2. Längsdurchmesser des Kindesschädels 12,0. Grosser Querdurchmesser 9,2.
„	46	2,250	gesund.	gesund.	
„	45	2,695	blieb gesund.	lebte 8 Stunden.	Künstliche Frühgeburt wegen Becken-Enge. Conj. diag. 9,0. — Schon 6 Mal ausserhalb der Anstalt von todten Kindern sehr schwer, mit nachfolgender Erkrankung, entbunden 33. Schwangersch.-Woche.
„	50	2,665		† vor der Geburt.	
„	52	3,570		† während d. Geb.	Dieselbe Mutter wie sub 1. Schwere Entwickelung d. Kopfes; Fractur d. linken Scheitelbeines durch das Promontorium. Längsdurchm. d. Kindesschädels 11,2 Grösste Breite „ „ 9,2 Schläfendurchmesser „ 8,0

No.	Datum.	Alter	? para	Ursprüngliche Kindeslage.	Verfahren.	Geburtsverlauf.
6.	10/1 71	25 Jahre	2p.	2 Schulterl. 1 U. A.	Wendung auf den linken Fuss, Extraction.	Fruchtwasser schon vo der Aufnahme fort.
7.	13/2 -	41 „	9p.	1 „ 2 „		
8.	18/2 -	23 „	1p.	1 „ 1 „	Wendung auf d. rechten Fuss, Extraction.	Placenta praevia centralis.
9.	11/8 -	28 „	2p.	1 „ 1 „		Vorfall des rechten Arm vor der Aufnahme.
10.	10/1 72	34 „	1p.	2 „ 1 „	Wendung auf d. rechten Fuss.	
11.	25/1 -	41 „	5p.	2 „ 1 „	Schwere Wendung u. Extraction unter gütiger Mithülfe der Hrn. DDr. Lissauer und Wiebe.	Vorfall d. rechten Arms
12.	2/3 -	28 „	2p.	1 „ 1 „	In der 32. Woche künstl. Frühgeburt wegen Becken-Enge. Conj. vera höchstens 6,5.	
13.	27/3 -	29 „	1p.	1 „ 1 „	Wendung auf d. rechten Fuss.	
14.	22/4 -	40 „	8p.	2 „ 2 „	Künstliche Frühgeb. wegen Becken-Enge. Conj. diag. 9,0, also vera höchstens 7,0.	
15.	23/9 -	29 „	2p.	2 „ 1 „	Wendung auf die Füsse.	

Der Geburtsverlauf nach den 5 äussern Wendungen war also sehr günstig; die 5 neugeborenen Mädchen und ihre Mütter blieben gesund; die 15 innern Wendungen ergaben:

3 bereits vor Beginn der Geburt } abgestorbene Knaben
4 während der Geburt }
1 „ „ „ „ Mädchen.
4 lebende Knaben, wovon 1 bald starb;
2 lebende Mädchen,
1 scheintodtes Mädchen, das bald starb.

Des Kindes			Erfolg für		Bemerkungen.
Geschlecht	Länge	Gewicht	Mutter.	Kind.	
Mädchen.	48	2,820	gesund.	gesund.	
Knabe.	52	3,60	†22. Febr. an Perimetritis u. Endometritis.	†während d.Geb.	
Mädchen.	50	3	† 19. Febr.	vor d. Geburt abgestorben.	
Knabe.	45	2,300	gesund.	gesund.	
„	49	2,970	gesund.	gesund.	
„	56	3,600	†25. Jan. Nachm. $5^3/_4$ Uhr.	†vor der Geburt.	Die Frau wurde erst am 25. Jan. Nachm. vom Lande in die Anstalt gebracht. Puls 112; Resp. 20. Krampfhafte Contraction des Uterus um d. Kind, dessen Arm mindestens um's Dreifache angeschwollen war; fauliges Blut floss ab; Metritis u. Perimetritis bereits vorhanden. Chloroform-Narcose, subcutane Morphium-Injection i.d.Bauchdecken.
Mädchen.	47	1,980	† 13. April.	scheintodt† bald.	Perimetritis, Parametritis, Septicopyämie, Decubitus an Kreuzbein, Hüften, Schulter.
Mädchen.	49	2,800	gesund.	gesund.	
frühzeitiger Knabe.	46	1,990	blieb gesund.	†während d.Geb.	
frühzeitiger Knabe.	41	1,200	blieb gesund.	†vor der Geburt, todtfaul.	

Die Frequenz der äussern Wendung auf den Kopf war also 1 : 185,6.

Die Frequenz der Wendung auf die Füsse 1 : 61,8 oder 1,6 pro Cent.

Enge Becken kamen dabei 4 Mal vor, wovon das eine 2 Mal.

3 Mütter starben an Metritis und Perimetritis, 1 an Erschöpfung durch heftige Blutung, 11 Mütter blieben gesund.

4. Zangen-Anlegung.

	1869.	Mutter	Geschlecht	Länge	Gewicht der Frucht.	Lage	Mutter	Kind	Grund der Zangenanlegung.	Bemerkungen.
	1869.									
1.	10. März	27 J. 2 p.	M.	53	3 Kil. 920	1 Schädellage.	gesund.	gesund.	Ermattung der Mutter durch heftigen Luftröhrenkatarrh.	2 fache Nabelschnur-Umschlingung um den Hals. Blasensp. 4 St. v. d. Entb.
2.	29. „	20 J. 1 p.	M.	52	4 „ 15	2 „			Kopf in der Becken-Enge fest.	1 fache Nabelschnur-Umschlingung um den Hals, über d. Schultern zurückgeschoben. Blasenspr. $3\frac{1}{2}$ St. v. d. Entb.
3.	18. April	32 J. 1 p.	K.	57	3 „ 500	2 „	mit Bronchitis aufgenommen. † 26. April an Pneumonia dextr. und Perimetritis.	† vor der Geburt.	Starke Anschwellung der vord. Muttermundslippe.	1 fache Nabelschnur-Umschlingung um den Hals. Blasensp. etwa 8 St. v. d. E.
4.	20. „	30 J. 1 p.	K.	53	3 „ 225	1 „	gesund.	gesund.	Kopf im Beckenausgang.	Blasensp. 3 St. v. d. Entb.
5.	28. „	28 J. 1 p.	M.	50	3 „ 225	1 „	gesund.	† vor der Geburt.	Kopf 3 St. in der Becken-Enge.	Zu früher Blasensp.; etwa 20 St. vor gehöriger Oeffnung d. Muttermundes.
6.	11. Mai	27 J. 3 p.	K.	56	3 „ 435	2 „			Enges Becken; Conj. diag. 9,3 etwa. Kopf im Becken-Eingang.	Rhachitisch. Blasenspr. 6 St. v. d. Geb. Nabelschnur-Vorfall, Reposition.
7.	9. Septbr.	22 J. 1 p.	M.	49	2 „ 800	1 „	gesund.	gesund.	Wehenschwäche, bei seit $2\frac{1}{2}$ St. sichtbarem Kopfe.	Blasensp. $3\frac{1}{2}$ St. v. d. Entb.
8.	21. „	22 J. 1 p.	K.	48	2 „ 545	1 „	† 22. Septbr.	† vor der Geburt.	Eklampsie der Mutter.	Blase b. genügender Oeffnung des Muttermundes zur Zangenanlegung gesprengt.
9.	2. Octbr.	20 J. 1 p.	M.	50	3 „ 210	2 „	gesund.	gesund.	Oefteres Erbrechen der Gebärenden.	Blasenspr. 5 St. vor d. Entb.
10.	7. Novbr.	20 J. 1 p.	K.	54	3 „ 725	2 „	gesund.	gesund, scheintodt, belebt.	Wehenschwäche.	„ 4 „ „ „
11.	7. „	34 J. 3 p.	M.	49	3 „ 300	2 „	gesund.	† nach 2 Tagen an Convulsionen.		„ 24 „ „ „

12.	14. „	25 J. 1 p.	K.	49	2 „	620	2 „					„ 3 „ „ „
13.	17. „	24 J. 1 p.	K.	53	3 „	905	2 „				Wehenschwäche.	Blasensp. v. d. Aufnahme, mindestens 16 St. v. d. Entb.
14.	1. Decbr.	28 J. 1 p.	M.	51	2 „	830	1 „	gesund.	gesund.		Prolapsus vaginae.	Blasensp. 4½ St. v. d. Entb. 1 fache Umschlingung der Nabelschnur um d. Hals.
15.	3. „	18 J. 1 p.	M.	51	3 „	150	1 „				Becken-Enge. Conj. diag. 10,0, also vera etwa 8,0. Conj. ext. 16,0.	Blasensp. 8 St. vor d. Entb.
16.	30. „	30 J. 1 p.	M.	50	2 „	560	1 „	gesund.	† vor der Geburt, todtfaul.		Wehenschwäche.	
	1870.											
17.	10. April	25 J. 1 p.	M.	54	3 „	770	1 Gesichtslage.		†bald nach d. Geb.		Zögernde Drehung des Kinnes unter das Schoossgelenk.	Blasensp. 21 St. vor d. Geburt. Doppelte Umschlingung der sehr dünnen Nabelschnur um den Hals, ferner um Rücken u. rechten Arm, kreuzweise.
18.	27. „	26 J. 1 p.	K.	51	2 „	860	1 Schädellage.	gesund.	gesund.	Wehenschwäche.		Blasensp. 6 St. vor d. Entbindung. Kl. Dammriss; 1 Nath, geheilt.
19.	8. August	39 J. 5 p.	K.	58	3 „	845	1 „		† vor der Geburt.			Blasenspr. vor der Aufnahme, ca. 50 St. v. d. Entb.
20.	5. Octbr.	26 J. 1 p.	K.	55	3 „	725	1 „	† 7. Octbr. an Embolie plötzlich.				Blasenspr. vor der Aufnahme, bei schlecht eröffnetem Muttermunde, circa 48 St. vor der Entb.
21.	1. Novbr.	35 J. 1 p.	K.	53	3 „	330	1 „	gesund.	gesund.		Zu früher Wasserabfluss; 16 Stunden vor der Geburt mindestens.	
22.	7. Decbr.	24 J. 1 p.	M.	55	3 „	435	1 „	† an Perimetritis.	† vor der Geburt.		Zu früher Wasserabfluss.	Blasensp. 9 St. vor d. Entb. b. wenig geöffnetem Muttermunde. Kind kurz vorher †
23.	27. „	21 J. 1 p.	M.	53	4 „	325	1 „	Endometritis, genesen.	gesund.		Wehenschwäche.	Blasensp, 2 St. vor d. Entb. Kopf im Becken-Ausgang.
	1871.											
24.	7. Septbr.	30 J. 2 p.	M.	60	4 „	340	2 „	gesund.	gesund.		Anhaltende Blutung durch vorzeitige Lösung des Mutterkuchens.	11 St. v. d. Entb. Sprengung der Blase bei fast völlig eröffnetem Muttermunde.
25.	4. Octbr.	29 J. 4 p.	M.	56	3 „	890	1 „ 2 Unt.	gesund.	gesund.		Wehenschwäche; mässig enges Becken.	Bei Aufnahme 2 Schulterl. 2 U. A. Aeussere Wendung auf den Kopf 1 Tag vor d. Entb. bei stehendem Wasser, das 12 St. vor der Geb. allmählig abfloss.

		Mutter	der Frucht. Geschlecht	Länge	Gewicht	Lage	Mutter	Kind	Grund der Zangenanlegung.	Bemerkungen.
	1872.									
26.	18. Januar	23 J. 1 p.	M.	52	3 Kil. 400	2 Schädellage.	seit 17. Jan. Ab. Urinverhaltung. Albuminurie, Oedem. palpebr. 31. Jan. gesund.	todtgeboren.	Kopf ganz im kleinen Becken, rückt seit 3 St. nicht vor. Zu früher Wasserabfluss, 13 St. vorh.	Nabelschnur über Nacken u. beide Schultern, pulslos. Linke Hand auf der rechten Schulter, daher erschwerte Drehung der letztern, Expressio.
27.	20. Febr.	33 J. 2 p.	M.	50	2 „ 810	1 Stirnlage.	Diphtheritis der Scheide, Endometritis, Parametritis, Decubitus d. Hüften. 27. Febr. im Krankenh. †	† während d. Geb.	Ebenso; schwache Wehen.	
28.	27. April	29 J. 1 p.	K.	50	2 „ 820	2 Schädellage.	gesund.	gesund.	Kopf rückt seit 2 St. nicht vor, gute Wehen, mässig enges Becken.	Kopfumfang 35,0.
29.	29. „	28 J. 2 p.	K.	39	1 „ 500	2 „	gesund.	†3/5 an Schwäche.	Ebenso; Kopf in der Krönung, schwache Wehen.	Kopfumfang 27,0.
30.	5. Juni	24 J. 1 p.	K.	53	3 „ 870	1 „	gesund.	gesund.	Kopf rückt seit 4 St. nicht vor, gute Wehen, mässig enges Becken.	1 fache Nabelschnur-Umschlingung um den Hals. Kopfumfang 36,0.
31.	16. Septbr.	23 J. 1 p.	K.	54	3 „ 600	1 „	gesund.	† während d. Geb.	Erschöpfung d. Gebärenden; Kopf noch im Uterus, dessen Orific. ca. 6,0 weit geöffnet war. Schwache Wehen, enges Becken.	Kopfumfang 34,0. „ länge 12,0. „ breite 8,5.
32.	17. „	19 J. 1 p.	K.	51	3 „ 500	2 „	gesund.	gesund.	Ganz ähnlich. Schwache Wehen, mässig enges Becken.	Kopfumfang 34,0. „ länge 12,6. „ breite 9,0. grosser schräger Durchmesser 13,0.
33.	22. „	18 J. 1 p.	M.	56	4 —	1 „	Blutung 2 St. nach der Entb., genesen.	gesund.	Der Kopf stand in der Becken-Enge fest, schwache Wehen, mässig enges Becken.	1 fache Nabelschnur-Umschlingung um den Hals. Kopfumfang 36,0.
34.	28. Novbr.	26 J. 1 p.	K.	52	2 „ 820	1 „	Eklampsie, genesen.	gesund.	Eklampsie der Gebärenden, gute Wehen.	Kopfumfang 36,0.

Die Mütter waren also **26** Primiparae, **4** Zweitgebärende, **2** Dritt- und je **1** Viert- und Fünft-Gebärende. Die Häufigkeit der Zangenanlegung war 34 : 928 = 1 : 27 oder 3,6 Proc.

Die Indication gab 25 Mal Schwäche der Wehen und der Gebärenden überhaupt (davon 8 Mal bei engen Becken), 2 Mal Eklampsie, 1 Mal bei Gesichtslage verzögerte Drehung des Kinnes unter das Schoossgelenk, 1 Mal vorzeitige Lösung der Placenta, 1 Mal Erbrechen der Gebärenden, 1 Mal grossen Scheidenvorfall, 2 Mal enges Becken, 1 Mal zu grossen Schädel.

Von den 34 Müttern starben 5, also 14,4 Proc. und zwar 1 an Pneumonie und Perimetritis
1 an Eklampsie,
1 an Embolie,
1 an Perimetritis,
1 an Endo- und Peri-Metritis.

26 Mütter blieben gesund, und 3 genasen, je 1 von Eklampsie, Endometritis und heftiger Blutung.

Von den Kindern starben vor der Geburt 8;
während „ „ 3 } 14
sehr bald nach „ „ 3 }

blieben am Leben 20, je 10 Knaben und Mädchen, wovon 1 scheintodtes wiederbelebt worden war.

3 Mütter waren schon zur Zeit ihrer Niederkunft schwer krank, ihre Kinder, wie 5 andere bereits abgestorben; vorzeitiger Abfluss des Fruchtwassers war die wesentlichste Todesursache der übrigen todten **Früchte.**

5. Perforation und Cephalothrypsie

wurde 2 Mal ausgeführt.

Nr. 8709. 1. Frau L., Primipara, 27 J. alt, aus Gross-Brunau, bekam am 28. Januar 1870 Nachm. Wehen; das Fruchtwasser ging am 30. Januar Abends 6 Uhr ab. Der Abends 7 Uhr gerufene Arzt fand die Frau fast ohne Wehen, Muttermund $^1/_3$ Thlr. gross offen, grossen Nabelschnurvorfall, Promontorium sehr leicht erreichbar, den Kopf oberhalb desselben stehend; die Zangenanlegung gelang, blieb aber erfolglos. Am 31. Januar Nachm. $2^1/_2$ U. kam die Gebärende nach 6stündiger Schlittenfahrt (bei -15^0 R.) hier an, sehr erschöpft, namentlich durch wiederholtes Erbrechen. Der Kopf stand beweglich im grossen Becken, der Nabelschnur-Vorfall war, wohl schon längst, ganz pulslos, keine Herztöne, auch keine Kindesbewegung wahrzunehmen, der Muttermund etwa 6,0 weit offen; Becken stark geneigt, bei mässig starkem Knochenbau, die Conj. vera auf 6,5 bis 7 zu schätzen, da die C. diag. etwa 8,3 bei wiederholter Messung ergab; Sp. Il. 23,0; Cr. Il. 29,0; Conj. extern. 15,0. Tubb. isch. 9,0. Wehen fehlten ganz, traten nach einigen Dosen Mutterkorn aber ein und stellten den Kopf ziemlich fest in den Beckeneingang. Zunächst wurde die Kreisende chloroformirt, die Zange angelegt, aber sofort entfernt, da sie ganz wirkungslos war; ich perforirte nun mittelst des Kiwisch-Leissnig'schen Perforatorii das linke Scheitelbein des in 2. Schädellage eingestellten Kopfes, öffnete die Hirnhäute mit einer auf dem Zeigefinger eingeführten langen spitzen Scheere, entfernte das Gehirn durch lauwarme Wasser-Injectionen, und förderte demnächst den Kopf mit dem Scanzoni'schen Cephalothryptor, dann den Körper der männlichen Frucht aus dem kleinen Becken heraus, endlich den

Mutterkuchen durch die eingeführte Hand, da die bereits beginnende Peritonitis jeden äussern Handgriff verbot.

Die Peritonitis und Endometritis, wie puerperale Scheidengeschwüre nahmen unter angemessener Behandlung einen günstigen Verlauf, so dass die Wöchnerin schon am 1. März genesen entlassen werden konnte.

2. Durch den Braun'schen Perforativ-Trepan, mit nachfolgender Cephalothrypsie mittelst des Breisky'schen Cephalothryptor, wurde unter Chloroform-Narcose, am 17. Februar 1871, die Perforation bei der Frucht einer 25jährigen Primipara gemacht.

Nr. 8998. Die Person war vor 5 Tagen stark gefallen, das Fruchtwasser seit 2 Tagen abgegangen, das Kind bereits todt, der Schädel auf dem Beckeneingange feststehend in 1. Schädellage, der Muttermund nur etwa 6,0 weit, in der Narcose aber mehr geöffnet. Es war bereits Perimetritis vorhanden, Puls 130, Respiration 36. Die Operation war leicht, konnte aber die schwer Kranke nicht erhalten. Sie starb am Tage der Entbindung. Der todtfaule Knabe wog (exclus. des entfernten Gehirnes) 3 Kilo 560 Grm., und war 56 Ctm. lang.

Den Breisky'schen*) Cephalothryptor ziehe ich dem Scanzoni'schen und ähnlichen von sehr geringer

---

*) Scanzoni's Cephalothryptor hat eine Beckenkrümmung von 2'' 10''', eine Kopfkrümmung von 1'' 11'''. S. Scanzoni's Geburtsh. 1867, III. S. 246.

Breisky's Instrument, mit gefensterten Löffeln, wie eine Geburtszange. Beckenkrümmung von 3'' 2''', Kopfkrümmung von 2'' 5'''. S. Mon.-Schr. f. Geburtsk. Bd. 28. S. 165.

Wenn Herr Prof. Breisky in der gynäkolog. Section in Leipzig, August 1872, auf eine Anfrage erwiederte, dass die Beckenkrümmung seines Instrumentes nicht grösser sei, als die des Scanzoni'schen,

Beckenkrümmung oder dem Kidd'schen geraden, ebenso wie den Braun'schen Perforativ-Trepan dem Kiwisch-Leissnig'schen geraden, der stärkeren Beckenkrümmung wegen vor, und habe beide in dem letzten Falle sehr brauchbar gefunden und in dem ersten sehr vermisst. — Gewiss ist für jeden Operateur dasjenige Instrument das beste, mit welchem er gewöhnt ist, zu operiren, Meister der Kunst operiren selbst mit weniger geeigneten Werkzeugen gut; ihre Technik ersetzt die Mängel des Instrumentes, die einfachsten Werkzeuge sind im Allgemeinen die besten. Haben doch englische Geburtshelfer mit ihren geraden Zangen ebensogut operirt, als Franzosen und Deutsche mit ihren gekrümmten. Letztere aber haben ihre krummen Zangen beibehalten, die Engländer sie heute auch grossentheils angenommen. Was nun für die Zangen gilt, Rücksicht auf den gekrümmten Verlauf der Beckenhöhle, das gilt für den Cephalothryptor um so mehr. Die Zange wird meist an den schon in der Höhle des kleinen Beckens stehenden Kopf, der Cephalothryptor aber an den grösstentheils noch im grossen Becken befindlichen Kopf angelegt. Deshalb halte ich für den Cephalothryptor die Beckenkrümmung für noch nothwendiger, als für die Zange; zwar habe ich über das Kidd'sche gerade Instrument keine Erfahrung,

---

so nimmt er, wie ich meine, seinem Instrument den Hauptvorzug; vorstehende Maass-Angabe ist dann irrthümlich und die bei dem der hiesigen Anstalt gehörigen, von Stelzig in Prag gearbeiteten Exemplar, vorhandene grössere Beckenkrümmung ist dann nur dem Verfertiger, nicht dem Autor des Werkzeugs zu verdanken. — Sehr ähnlich und gewiss ebenso brauchbar ist Martin's Instrument (Mon.-Schrift f. Geburtskde. 31. S. 85), welches eine Beckenkrümmung von 9 Ctm., also noch etwa 3 Linien mehr, dagegen eine geringere Kopfkrümmung, von 3,5 Ctm. hat.

möchte aber glauben, dass man bei stark verengten Becken, sehr leicht entweder die Nachbarschaft des Vorberges, oder den Damm stark verletzen, oder dass das Instrument leicht abgleiten wird. Dass eine stärkere Beckenkrümmung die Operation sehr erleichtert, davon überzeugte ich mich in dem 2. Falle. — Da bei den hierher gehörigen Becken meist der gerade Durchmesser des Beckeneingangs am stärksten verengt ist, wird man gerade, wie gekrümmte Instrumente nach der Einführung, wenn es nicht schon bei derselben gelingt, seitlich drehen müssen, damit der Schädel bei der Compression sich in einem schrägen oder dem queren Durchmesser des oberen Beckenraumes ausdehnen kann, und nicht in der Richtung der verengten Conjugata, wodurch die Extraction unmöglich, die Gefahr der Läsion der Weichtheile aber wachsen würde. — Diese Drehungen werden indessen bei gehöriger Vorsicht bei gekrümmten Werkzeugen ebenso stattfinden können, wie bei geraden, während der Schädel von gekrümmten vollständiger und fester gefasst, das Abgleiten eher vermieden wird, und bei geschickter Führung die Weichtheile nicht stärker gefährdet sind, als bei jenen.

6. Die künstliche Frühgeburt

wurde 7 Mal vorgenommen bei 4 Frauen, bei der einen 3 Mal, bei einer 2 Mal; stets nur im Interesse der Mutter, wegen bedeutender Beckenenge. Die Sorge für das kindliche Leben wird kaum eine gültige Indication abgeben können; denn wir sehen nicht selten Geburten bei Conjugata vera von 8 Ctm. oder noch etwas weniger natürlich und glücklich verlaufen, so dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt 2 bis 3 Wochen

vor dem rechtzeitigen Ende der Schwangerschaft des Kindes wegen nicht nöthig erscheint, zu erheblich früherer Zeit aber wegen allzugrosser Abkürzung der intrauterinen Entwickelung der Frucht entschieden gefährlich ist.

Ausser lebensgefährlicher Krankheit der Mutter kann nur bedeutende Beckenenge, **unter 8 Ctm.** Conjug. vera bei sonst gesunden Frauen die Anzeige zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt abgeben und auch dann nur, wie Spiegelberg besonders hervorhob, wenn nach dem Ergebnisse früherer Geburten grosse Kinder, ungünstige Einstellung zur Geburt, starke Quetschung der vielleicht früher schon erkrankt gewesenen Becken-Organe zu fürchten ist*).

Nur in Erwägung dieser Verhältnisse wurde die künstliche Frühgeburt

bei einer 7. und 8. Mal
„ „ 4., 5. u. 6. „
„ „ 3. „
„ „ 2. „
} Schwangern

unternommen, von denen die letzte starb, die zweite 2 Mal gesund blieb, 1 Mal von Parametritis genas, die 2 Anderen gesund blieben, wovon eine 2 Mal.

Für die Mütter war also das Resultat, in Betracht ihrer früheren schweren Wochenbetten, für diese wenigen Fälle günstig genug, für die Kinder aber um so ungünstiger, 2 wurden todt, 3 scheintodt geboren, und konnten letztere nicht wieder belebt werden, 2 kamen zwar lebend, starben aber sehr bald.

---

*) Spiegelberg, Werth der künstlichen Frühgeburt. Archiv für Gynäkologie, I. S. 11 und Monatschrift für Geburtskunde, Bd. 34. S. 375.

Von den ohne Kunsthülfe zu früh geborenen 69 Kindern: 36 Knaben und 33 Mädchen, in lebensfähigem Entwicklungszeitraume, kamen:

Kinder	todtfaul	todt	lebend, aber nach wenigen Tagen gestorben	nach 10 Tagen noch am Leben.
Knaben	10	3	6	17
Mädchen	12	2	5	14
Summa:	22	5	11	31

Von 69 Kindern lebten also nach 10 Tagen nur noch 31; sicher ist aber, wenn auch der Zahlennachweis unmöglich bleibt, dass auch von den 31 lebend entlassenen sehr bald eine grössere Menge verstarb, wozu freilich noch die gewöhnlich nach der Entlassung schlechte Verpflegung mitwirkte. — Ohne Rücksicht aber auf diese und auf die todtfaul oder kurz vor der Geburt Abgestorbenen, erscheint immer noch die Sterblichkeit der frühzeitig lebend geborenen Kinder sehr gross, da von 42 in wenigen Tagen 11, also über 25 Proc., verstarben.

	No.			Kindeslage.	Beckenmaasse.	Frühere Geburten.	Zeit der Schwangerschaft.
1.	8707.	1870. 11. Fbr. Nachmittags $4^1/_2$ Uhr.	Fr. J., 37 Jahr, 7. Schwangersch.	2. Schulterl. 1. Unterart.	Ctm. Spin. Il. 21 Conj. diag. 9,0 also Conj. vera etwa 7,0 Crist. Il. 25 Conj. ext. 17,0	6 Mal durch die Wendung (auswärts) von todten Kindern rechtzeit. entbunden, stets Wochenbettkrankheiten.	33. Woche.
		1872.					
2.	9198.	22. April, Abends $8^1/_2$ Uhr.	Dieselbe, 8. Schwangersch.	2. Schulterl. 2. Unterart.			32. Woche.
		1870.					
3.	8734.	6. März, früh $4^1/_2$ U.	Fr. R., 29 Jahr, 4. Schwangersch.	1. Schädell.			33. Woche etwa.
		1871.					
4.	9122.	14. Decembr. früh 5 Uhr.	Dieselbe, 5. Schwangersch.	1. Steisslage. 1. Art.	Spin. Il. 23,5 Conj. diag. 9,3 also Conj. vera etwa 7,3 Crist. Il. 27,5 Conj. ext. 18,0	3 Mal von todten Kindern sehr schwer rechtzeitig entbunden, 2 Mal Zange, 1 Mal Wendung. Wochenbette schwer.	etwa 34. Woche.
		1873.					
5.	9399.	9. Februar, früh 9 Uhr.	Dieselbe, 6. Schwangersch.	1. Schulterl. 1. Unterart.			etwa 34. Woche.
		1872.					
6.	9167.	2. März, früh $9^1/_2$ U.	Fr. L., 28 Jahr, 2. Schwangersch.	1. Schulterl. 1. Unterart.	Spin. Il. 23 Conj. diag. 8,3 also Conj. vera etwa 6,3 Crist. Il. 29 Conj. ext. 15	31. Januar 1870, durch Cephalothrypsie entbunden. S. dies. No. 8709.	31. Woche.
7.	9209.	6. Mai, Abends $7^1/_2$ Uhr.	Fr. N., 28 Jahr, 3. Schwangersch.	1. Steisslage. 2. Unterart.	Spin. Il. 21 Conj. diag. 8,2 also Conj. vera etwa 6,2 Crist. Il. 23 Conj. ext. 15	I. 16. Nov. 1868 Cephalothrypsie. II. 12. Nov. 1869, schwere Zange, beide auswärts, beide Male schw. Wochenbetten.	etwa 35. Woche.

Frühgeburt.

	Frucht. Geschlecht, Gewicht, Länge.	Placenta. Nabelschnur.	Ausgang.
9. Febr., 27° warme Uterus-Douche, elast. Katheter eingelegt zwischen Eihäuten und Uterus, einzelne schwache Wehen, die am 10. Febr. ausblieben, Abends stärkerer Katheter. 11. Febr. Nachmitt. 4 U. Blasensprung, Wendung auf die 2 Füsse, lebender Knabe, der aber Nachts 12 Uhr starb.	**Knabe**, 45 Ctm. lang, 2 Kil. 695 Grm. schwer. Kopfumfang 33 Ctm., Entfernung des Schwertknorpels vom Nabel 7, Entfernung des Nabels v. dem Schoossgelenk 4 Ctm.	Placenta 405 Grm., Nabelschnur 48 Ctm., central inserirt, nach links gedreht.	Mutter blieb gesund, 28. Februar entlassen.
20. April elast. Katheter, ohne besonderen Effect. 21. u. 22. warme (27°) Injectionen in den Muttermund, seit der letzten gute Wehen, Abends 8 U. 15 Minuten bei völlig eröffnetem Muttermunde Wendung auf die Füsse, Extraction; Knabe scheintodt, † nach ½ Std.	**Knabe**, 46 Ctm. lang, 1 Kil. 990 Grm., Kopfumfang 30, Entfernung des Schwertknorpels v. Nabel 6, Entfernung des Nabels v. dem Schoossgelenk 3, gerader Kopfdurchmesser 10,2, u. querer (Tubb. parietal.) 8,0 Ctm.	Placenta 320 Grm., Nabelschnur 45,0 Ctm., mitten inserirt, nach rechts gedreht.	Mutter blieb gesund, 6. Mai entlassen.
4. März Katheter eingelegt, sonst natürliche Geburt, lebender Knabe, der aber nach 1 Stunde starb.	**Knabe**, 1 Kil. 405 Grm., 41 Ctm. lang, Kopfumfang 27,0, Entfernung des Schwertknorpels v. Nabel 5, Entfernung d. Nabels v. d. Schoossgelenk 3,5 Ctm.	Placenta 330 Grm., Nabelschnur 44 Ctm., seitlich inserirt, links gedreht.	Mutter blieb gesund, 15. März entlassen.
13. Dec. Abends 6 Uhr 27° warme Injection in den Uterus, weil der Katheter wegen Rigidität des orif. ut. nicht einzulegen war; sofort Frostanfall, grosse Beklemmung, aber bald Nachlassen derselben, gute Wehen, Blasenspr. früh 3 Uhr, schwierige Entwickelung des Kopfes, Knabe scheintodt, † sehr bald.	**Knabe**, 2 Kil. 950 Grm., 47C. lang, Kopfumfang 35, Entfernung des Schwertknorpels v. Nabel 7, Entfernung des Nabels v. d. Schoossgelenk 3 Ctm.	Placenta 470 Grm., Nabelschnur 46 Ctm., nach links gedreht, seitlich inserirt.	Mutter blieb gesund, 23. Dec. entlassen.
8. Februar Abends 7 Uhr Nelaton'scher Gummi-Katheter eingelegt, 4 Std. später gute Wehen; 9. Febr. früh 9 Uhr bei völliger Eröffnung des orif. ut. Wendung und Extraction, Mädchen todt.	**Mädchen**, 2 Kil. 300 Grm., 47C. lang, Kopfumfang 32, Entfernung des Schwertknorpels v. Nabel 7, Entfernung d. Nabels v. dem Schoossgelenk 3, Kopflängendurchmess. 11,6, grosser Querdurchmesser 8 C.	Placenta 450 Grm., an der vorderen Uteruswand fest, Nabelschnur 54 Ctm., mitten ins., nach rechts gedreht.	Parametritis, genesen, 3. März entlassen.
1. März Abends 9 Uhr warme Injection, gute Wehen, 2. März früh 9½ Uhr Wendung auf die Füsse bei sprungfertiger Blase, Mädchen scheintodt, leicht entwickelt, † sehr bald.	**Mädchen**, 1 Kil. 980 Grm., 47C. lang, Kopfumfang 29, Entfernung des Schwertknorpels v. Nabel 7, Entfernung des Nabels v. dem Schoossgelenk 3 Ctm.	Placenta 660 Grm., Nabelschnur 55 Ctm., seitlich inserirt, nach rechts gedreht.	Peri- und Parametritis, Sept.-Pyaemia, häufige Schüttelfröste, reichl. Schweisse, Oedem des link. Beines, dess. Venen hart u. schmerzh.; Decubitus a. Kreuzbein, Hüften, Schultern, † 13 Apr.
6. Mai Morgens warme Injection in den Uterus, gute Wehen; Extraction, schwere Entwickelung d. Kopfes, Eindruck am linken Scheitelbein durch den Vorberg, todtes Mädchen.	**Mädchen**, 2 Kil. 200 Grm., 41C. lang, Kopfumfang 31, Entfernung des Schwertknorpels v. Nabel 7, Entfernung des Nabels v. dem Schoossgelenk 4 Ctm.	Placenta 500 Grm., Nabelschnur 46 Ctm., nach links gedreht, velamentös und seitlich inserirt.	Blieb gesund, am 16. Mai entlassen.

Der Uebersicht halber sind hier auch die schon unter Wendung notirten Fälle aufgeführt.

In allen Fällen ging die an mehreren Tagen wiederholte warme Uterusdouche der eigentlichen Einleitung der künstlichen Frühgeburt voraus, gleichviel ob zu diesen dann der Katheter oder die Injection von warmem Wasser in die Gebärmutter in Gebrauch kam.

Die Beckenmessungen sind sämmtlich öfters wiederholt worden, so dass, ohne irgend Werth auf Differenzen von Millimetern zu legen, die angegebenen Maasse für die Conjugata diagonalis und somit für die Conj. vera für nahezu richtig gelten müssen.

7. Dammnath.

Dammrisse kamen 68 vor, 63 bei Erstgebärenden, 5 bei Zweitgebärenden, im Ganzen also 7,4 Proc. **26** Risse wurden mittelst einer, **27** durch 2, **13** durch 3, **1** durch 4, endlich **1** vollständiger Riss (bei einer Primipara) mit 5 Näthen vereinigt. Dieser letztere und **41** andere heilten vollständig, **22** theilweise, 4 Mal misslang die Vereinigung, bei Scheidengeschwüren. Die 26 einfachen Näthe betrafen nur ganz geringe Continuitätsstörungen von weniger als 1 Centimeter Länge, die ich aber in der Anstalt für Pflicht halte, zu nähen. Zählen diese 26 Fälle nicht mit, so bleiben 42 oder 4,6 Proc. — Ausserdem erfolgte am 15. Februar 1870 bei 1 Primipara 1 Mal in Folge schlechter Unterstützung Seitens der Schülerin vor der Geburt des Kopfes eine centrale Ruptur, etwa 1 Ctm. unter dem Schamlippenbändchen bis in den Sphincter ani. Es gelang leicht, den Schädel durch bessere Hülfe auf den richtigen Weg zu leiten, auf welchem er dann, und

zwar, ohne das frenulum labiorum zu verletzen, geboren wurde. Der Riss ward sofort durch 4 Näthe vereinigt; aber der obere durch den Druck angeschwollene Rand wurde nekrotisch am 17. Februar. Indessen verkleinerte sich die Wunde durch Muskelwirkung und Vernarbung, und Aetzung mit Höllenstein so bedeutend, dass am 15. März nur noch eine Oeffnung von der Grösse eines Graupenkornes übrig war.

Die seitlichen Incisionen des Dammes zur Verhütung oder Beschränkung eines möglichen Dammrisses halte ich für nutzlos. Oft habe ich dieselben früher angewendet, glaube mich aber überzeugt zu haben, dass der Damm, wo er dann nicht einriss, auch ohne die Einschnitte unverletzt geblieben wäre, wie es denn oft vorkommt, dass auch bei Primiparis, bei nachgiebigem Damm, nicht zu grossem Kindeskopfe, spätem Blasensprunge und gehöriger Vorsicht nur ein ganz geringer, ja nicht ganz selten gar kein, nicht einmal ein Einriss des Schamlippenbändchens stattfindet. Andererseits sah ich nach recht ausgiebigen seitlichen Einschnitten dennoch so erhebliche Risse eintreten, wie sie ohne Incisionen kaum grösser hätten entstehen können. — Deshalb mache ich keinen Gebrauch mehr von Einschnitten, suche dagegen, namentlich bei Primiparis alle sonstigen, weniger täuschenden Mittel, zur möglichsten Erhaltung des Dammes aufzubieten.

Denn je mehr die Integrität desselben bei der ersten Entbindung bewahrt wurde, desto mehr ist sie auch bei den nachfolgenden gesichert. Dies ist aber — abgesehen von ungewöhnlicher Grösse des Kopfes — der Fall,

1. wenn möglichst spät erst die Blase springt, d. h. nachdem sie auch den Scheideneingang und die Schamspalte genügend erweitert hat,

2. wenn die Gebärende sich in der Seitenlage befindet, wodurch der Damm sichtbar, leichter zu unterstützen bleibt, die etwa zu starken Wehen gemässigt werden, und der Kopf seiner Schwere nach weniger auf den Damm, als gegen das Schoossgelenk und die linke Schamlippe hin, drückt.

3. wenn beide Hände mitwirken, die eine durch directe Stützung des Dammes, die andere durch die mindestens ebenso wichtige Umfassung des geborenen Hinterhauptes und Fortleitung des Schädels nach vorn und oben.

Enge Becken

kamen mit Conjugata vera von 7,0 und darunter bei 4 Personen vor (s. künstliche Frühgeburt, Zange, Wendung und Cephalothrypsie), von denen eine 4 Mal, drei 2 Mal hier entbunden wurden.

Ausserdem war 8 Mal enges Becken Ursache der Wehenschwäche und veranlasste die Zangenanlegung; 5 Mal verlief die Geburt bei mässig engem Becken natürlich, so dass im Ganzen 17 enge Becken, mit 23 Geburten unter 908, also 1 : 39 oder 2,5 Proc., beobachtet wurden. Enge Becken sind hier nicht häufig, was für bessere hiesige Lebensverhältnisse spricht. Spiegelberg hatte unter 1132 Geburten 153, also 13,5 Proc.

Puerperalfieber-Epidemie
im Hebammen-Institute zu Danzig 1871.

Alter.	?para Blasen-sprung	Zeit der Entbindung	Zeit, Art der Erkrankung	hier genesen	hier gestorben	Ins städtische Arbeitshaus transportirt.	Entbindung	No.	
21.	1 p. 27. Dec., Nachm. 3 U.	1870. 27. Dec., Nachm. 5 U.	28. December, Endometritis.	1871. 20. Januar.	—	—	Zange	8957.	
22.	1 p. 21. Januar, Abends 8 U.	1871. 21. Januar, Ab. 8¼ U.	24. Januar, Metro-Peri-Metritis.	—	1871. 6. Februar.	—	natürliche Geburt.	8976.	die inzwischen Entbundenen blieben gesund.
14.	1 p. 17. Februar, Mittags 12 U.	17. Februar, Nachm. 1 U.	18. Febr., Metro-Perimetritis u. puerperale Scheidengeschwüre.	—	22 Februar, Nachm. 3 U.	—	do.	8987.	
41.	9 p. 13. Februar, Vorm. 10 U.	13. Februar, Vormittags 10½ Uhr.	15. Febr., Endometritis, Parametritis.	—	—	20. Februar † 22. Febr.	Wendung wegen Schulterlage.	8990.	
25.	1 p. 15. Februar, Nachm. 4 U.	17. Februar, Vormittags 11¼ Uhr.	Perimetritis schon vor der Entbindung.	—	—	17. Februar, † Abends.	15. Febr., vorzeitiger Wasserabfluss. Perforation, Cephalothrypsie.	8998.	
23.	2 p. 27. Februar, Mittags 12 U.	27. Februar, Nachmittags 5¾ Uhr.	2. März, Perimetritis.	9. März.	—	—	natürliche Geburt.	9009.	
29.	2 p. vor der Aufnahme.	1. März, Abends 12 U.	3. März, Endo- u. Perimetritis.	—	—	6. März, † 8. März Morgens.	do.	9013.	
20.	1 p. 7. März, Nachm. 3 U.	7. März, Nachmittags 3½ Uhr.	8. März, Endo- u. Perimetritis.	—	—	10. März, † 12. März Nachm.	do.	9014.	
26.	2 p. 4. März, Ab. angeblich.	5 März, Abends 11 U.	7. März, Metro-Peri-Metritis.	—	—	9. März, † 12. März Abends.	do.	9015.	
21.	1 p. 6. März, früh 1½ U.	6. März, früh 7 Uhr.	8. März, Metro-Peri-Metritis.	—	—	10. März, † 15. März Abds.	do.	9016.	

Alter.	? para Blasensprung	Zeit der Entbindung	Zeit, Art der Erkrankung	hier genesen	hier gestorben	Ins städtische Arbeitshaus transportirt.	Entbindung	No.	
19.	1 p. 7. März, Nachmittags 3½ Uhr.	7. März, Abends 6 U.	9. März, grosse puerperale Scheidengeschwüre	21. März.	—	—	natürliche Geburt	9018.	9017 blieb gesund.
23.	1 p. 9. März, Vorm. 11 U.	9. März, Vorm. 11½ U.	10. März, Metro-Peritonitis. Pneumon. sinistra.	—	13. März, Nachm.	—	do.	9019.	
20.	2 p. vor der Aufnahme.	10. März, früh 5 Uhr.	11. März, Endometritis, Perimetritis.	19. März.	—	—	do.	9020.	
28.	2 p. vor der Aufnahme.	12. März, Nachts 12 U.	14. März, Perimetritis, Peritonitis.	—	18. März, Abends.	—	do.	9021.	
22.	1 p. bei der Geburt.	15. April, Vormittags 10 Uhr.	16. April, Metritis. 17. April, Peritonitis.	—	—	21. April, † 22. April Mittags.	do.	9034.	9035 — 37, 9039 blieben gesund.
39.	8 p. 18. April, früh 1 Uhr.	18. April, früh 1½ U.	21. April, Metritis. 22. April, Peritonitis.	—	—	25. April, Abends. † 26. April, Morgens.	do.	9038.	
23.	2 p. bei der Geburt.	24. April, Nachmittags 5 Uhr.	25. April, Peritonitis.	—	—	1. Mai, † 3. Mai Morgens.	do.	9040.	
23.	2 p. 26. April, früh 4½ U.	26. April, früh 6½ Uhr.	27. April, Metro-Peritonitis.	—	—	30. April, † 2. Mai Morgens.	do.	9041.	
22.	1 p. 27. April, Vormittags 11 Uhr.	27. April, Vormittags 11½ Uhr.	28. April, Metro-Peritonitis.	—	—	30. April, 12. Mai in Genesung.	do.	9042.	

Es erkrankten mithin 19 Wöchnerinnen, davon starben 14, 4 in der Anstalt, 10 im Krankenhause und genasen 5, 4 in der Anstalt, 1 im Krankenhause. Die Anstalt wurde vom 18. bis 31. März geschlossen, gründlich gereinigt in Räumen und Utensilien, auch wiederholt desinficirt. Vom 31. März bis 12. April wurden 12 Gebärende aufgenommen, entbunden und bis 23. April gesund entlassen, dann wurde abermals die Anstalt geschlossen bis 3. Juni. Von da ab kam kein Fall mehr vor. Seit lange war in der Anstalt eine Epidemie nicht aufgetreten. Die, wie überall auch hier, meist sehr ungünstigen Lebensverhältnisse der Hülfesuchenden, die Einwirkung der Winterkälte auf dem Wege zur Anstalt, boten ohne Zweifel die Grundlage der Erkrankungen. Die Infection nach der ersten Erkrankung ist wohl durch die Hebammen-Schülerinnen bewirkt. Leider hat die Anstalt bisher keine Isolirzimmer für Erkrankte, sondern nur 4 gemeinsame Gebär- und Wochenzimmer, in denen je 3 bis 6 Wöchnerinnen, wenn nöthig, Platz finden müssen. Doch ist nunmehr zu hoffen, dass das Hohe Ministerium auf Antrag der hiesigen Königl. Regierung die Erweiterung der Anstalt anordnen, damit eine Reihe kleiner, nur abwechselnd zu benutzender Räume schaffen und den jetzigen grossen Mangel beseitigen werde. Die Anhäufung so vieler, jedenfalls stets mehrerer Wöchnerinnen in Einem Zimmer erfordert um so bessere Ventilation. Diese wird denn auch von jeher strengstens ausgeführt, im Winter durch gleichzeitiges Feuer in den vom Zimmer aus heizbaren Oefen und Oeffnen der Fenster, im Sommer durch gleichzeitiges Offenstehen letzterer und der Ofenthüren. Deshalb scheint auch hier die Luft, wenigstens nicht ausschliesslich der Träger der Ansteckung gewesen zu sein, weshalb

wären sonst die früheren und späteren, alljährlich einzeln auftretenden Fälle vollständig vereinzelt geblieben? Auch erkrankten meist Wöchnerinnen, die neben einer bereits Erkrankten lagen*). Für möglichste Reinlichkeit, Verbannung aller Waschschwämme ist hier längst gesorgt; jede Neuaufgenommene erhält Leib- und Bettwäsche, Matratzen etc., die mindestens drei Wochen nicht gebraucht und deren erstere sofort nach Gebrauch gewaschen werden; selbstverständlich soll nie eine Unterlage, Bettstück, Spritze etc., die bei einer Erkrankten benutzt wird, bei einer Anderen verwendet werden, jede Schülerin soll nur die ihr übergebene Wöchnerin berühren, und sobald diese erkrankt, sich jedes Mal ihre Hände in Lösung von übermangansaurem Kali waschen. In den ersten Tagen werden die Entbundenen nur bei dringender Veranlassung innerlich untersucht.

Indessen ist es unmöglich, jede einzelne Schülerin, bei jeder einzelnen Verrichtung an den Wöchnerinnen genau zu controliren, um so mehr, da fast stets mehrere Personen beider Kategorieen im gleichen Zimmer verweilen. Dass aber gerade solche Wöchnerinnen, die zufällig von den wenigen, zuverlässigen, sorgsamen Schülerinnen gepflegt wurden, gesund blieben, inmitten von Erkrankten, steht fest, und bestätigt die Auffassung des sogenannten „Puerperalfiebers“ als einer ursprünglich oft leichten, traumatischen Erkrankung, welche bei Hinzutritt von Pyämie und Septicämie ihre Gefährlichkeit und Ansteckungsfähigkeit durch die putriden Secrete erhält**).

---

*) Spiegelberg, Volkmann's klin. Vorträge: Puerperalfieber, S. 22.

**) a. a. O. S. 23.

Gute Ueberwachung der Entbundenen und namentlich ihrer localen Erkrankungen, grösseste Reinlichkeit und Reichlichkeit in Bezug auf Luft, Leib- und Bettwäsche, helle Zimmer und gute Desinfection durch Carbolsäure etc., werden stets die Hauptmittel zur Verhütung von Anstalts-Epidemieen sein; einzelne Fälle werden auch dann nicht verhindert, aber leichter zur Genesung geführt werden.

Zu den allgemeinen diätetischen Maassregeln gehört auch, wenn nicht spontan binnen 2 Tagen nach der Entbindung reichliche Stuhlentleerung eintritt, die Sorge für diese durch Klysma oder Ol. Ricini. Ausspritzungen der Gebärmutter, bei Zurückhaltung putrider Gerinnsel in dieser, mit lauem Wasser, besser mit Lösung von übermangansaurem Kali erfordern grosse Vorsicht und sollten in den seltenen Fällen, wo sie nöthig sind, vom Arzte selbst gemacht werden*).

Hinsichtlich der arzneilichen Behandlung geben die Ansichten, wie sie u. A. Olshausen**) kurz ausspricht, wohl die heutige Meinung der Meisten wieder: gegen die entzündlichen Erscheinungen kühlende Wasserumschläge, örtliche Blutentziehungen, in stark traumatischen Fällen nach schwerer Entbindung Eisblasen, — innerlich Opium, nicht nur zur Linderung der Schmerzen und als Schlafmittel, sondern zur Beseitigung der Bewegung der Gedärme so lange, als nöthig, sind die Hauptmittel. Die Bedeutung der völligen Ruhe des Darmcanals für den günstigen Verlauf der Peritonitis überhaupt, ist seit dieser, irre ich nicht, zuerst von Stokes empfohlenen Be-

*) z. B. Braun, C., Geburtsh., Wien 1857, S. 913 und ff. Scanzoni, Geburtsh., III. S. 347 u. ff.

**) Olshausen in Volkmann's kl. Vortr.: puerper. Parametritis und Perimetritis, S. 33 u. ff.

handlung, bei Perityphlitis, wohl allgemein anerkannt. Nur möchte ich ausserdem noch das Chinin hervorheben, das ohne sonstige Nachtheile, jedenfalls die Heftigkeit des Fiebers herabsetzt und den Kräftezustand verbessert. Demgemäss wurden unsere Kranken behandelt.

Die starken Laxanzen, wie sie öfters, namentlich von Seyfert und Breslau empfohlen wurden, sind theils unnütz, theils schädlich durch die Anregung der Darmbewegung, die Unruhe, in die sie die Kranken versetzen, und durch Schwächung derselben.

Im ersten Falle war die Zange angelegt, im vierten die Wendung, im fünften die Cephalothrypsie gemacht worden, die übrigen Erkrankten hatten natürliche Entbindungen überstanden. Bei dreien war die Zeit des Blasensprunges nicht zu ermitteln. Bei Einer ging das Wasser 43 Stunden, bei einer Andern 24 Stunden vor der Geburt angeblich ab, was die Geburtsdauer wesentlich verlängerte. — Simpson und Scanzoni*) bestätigen, dass die Sterblichkeit der Mütter im geraden Verhältnisse zur Dauer der Geburt zunimmt. — Alle Uebrigen verloren das Fruchtwasser nur wenige Stunden vor der Geburt; mit Ausnahme der fünften kamen Alle scheinbar gesund in die Anstalt und befanden sich ebenso am Tage nach der Niederkunft. Der Anfang war bei Allen ziemlich gleichartig, bei den Meisten ein Frostanfall, bei Allen wenigstens längeres Frösteln, Schmerzhaftigkeit des Unterleibes und Auftreibung desselben, entsprechend dem Grade und der Verbreitung der Perimetritis, und in tödtlichen Fällen ein sehr rascher Verlauf; die Krankheit begann 1 Mal vor, 9 Mal am Tage nach der Entbindung,

*) Scanzoni, Geburtsh. Bd. 3, S. 384.

6 Mal 2 Tage, 2 Mal 3 Tage, 1 Mal 4 Tage nachher, und endete tödtlich

1 Mal am Tage der Erkrankung.
1 „ 3 „ nachher
2 „ 4 „ „
4 „ 5 „ „
3 „ 6 „ „
1 „ 7 „ „
2 „ 8 „ „

Bei der Dritten kam auch ihr jugendliches Alter und die geringe Widerstandskraft ihres Körpers in Betracht; diese 14jährige war bis jetzt die jüngste hier Entbundene.

Epidemie von acutem, ansteckendem, fieberlosem Pemphigus neonatorum.

Liefert auch die folgende Mittheilung keine Aufklärung der Ursachen dieser Krankheit, so giebt sie doch einen weiteren Beleg dafür, dass nicht Syphilis und Kachexie, mithin nicht individuelle schwere Erkrankung die einzigen Causalmomente sind, sondern dass jedenfalls noch eine andere, und zwar ansteckende Ursache, vielleicht durch Pilze, existirt.

Olshausen und Mekus (Arch. f. Gynäk. I. S. 392) und Ahlfeld (dass. V. S. 150) haben ähnliche Beobachtungen ausführlich mitgetheilt.

In hiesiger Anstalt kamen bisher nur seltene und dann stets isolirte, Fälle von Pemphigus vor, auch herrschte während der sogleich zu berichtenden Er-

eignisse in der Anstalt, ausserhalb derselben die Krankheit nicht.

Am 23. Dec. 1871 wurden 2 gesunde Kinder geboren, am 26. Dec. Abends 10 Uhr eines mit deutlichsten Spuren des in utero schon überstandenen Pemphigus. Letzteres starb am 27. Dec. und zeigte an der Haut des Rumpfes, wie der Gliedmaassen zahlreiche runde, und am Halse längliche, dunkler als die übrige Haut, geröthete Stellen, die zwar bereits mit frischer Oberhaut bekleidet, aber an ihren Grenzen ganz scharf durch einen Rand abgelöster Oberhaut bezeichnet waren, welche zum Theil sogar noch in längern Fetzen herabhing. Am 30. Dec. und am 1. Jan., also 4 und 6 Tage nach der Geburt dieses Kindes, bekamen beide ersterwähnte, in demselben Zimmer befindliche Kinder Blasen-Ausschlag, dessen weitere Verbreitung die nachfolgende Uebersicht veranschaulicht. 8 todtgeborene Kinder ohne jede Spur von Pemphigus fehlen darin.

Die erste Erkrankungsreihe ging aus von dem am 26. Dec. geborenen, am 27. an Lebensschwäche gestorbenen Kinde, die zweite von dem am 5. Mai geborenen Knaben. Bei beiden betrafen die nächstfolgenden Fälle Kinder, die schon früher, am 23. Dec. und am 30. April geboren waren.

29 in der Zeit vom 16. März bis 30. April geborene Kinder blieben frei, also war die Krankheit erloschen und ist die zweite Reihe als eine neue Epidemie zu betrachten. Die erste Reihe betraf 20, die zweite 8 Kinder.

Vom 12. Juni bis 10. Octbr. wurden (excl. 9 todtgeborenen) 75 Kinder geboren, ohne Ausschlag; am 10. October wurde ein 8monatl., 45,0 langer, 1 Kil. 850 Gr. schwerer Knabe leicht in 1. Schädellage geboren, der 10 Minuten nach der Geburt starb und an

beiden Unterschenkeln, Unterarmen und Unterleib zusammen 7 erbsengrosse Blasen, ferner aber auf beiden Fussrücken, am linken bis über das Fussgelenk aufwärts die deutlichen Ränder früherer Blasen zeigte, welche den ganzen Fussrücken eingenommen hatten. Weder hier noch sonst waren an den Fusssohlen und Hohlhänden Blasen oder Spuren solcher. Die darauf geborenen 24 Kinder blieben gesund; dann traten wieder die charakteristischen Blasen, jedoch nur 2, am 27. Nov. bei einem am 20. geborenen Knaben, der sonst ganz gesund, auch fieberfrei war, auf. Dieser Fall blieb wieder vereinzelt und kamen seitdem keine weitern vor.

Alle Mütter waren gesund und blieben frei von Ausschlag, alle Säuglinge ebenfalls gesund, fieberfrei, zeigten nur vereinzelte, namentlich nur kleine, erbsen- bis groschengrosse Blasen, und, einschliesslich der binnen 4 Tagen auftretenden Nachschübe, nur 6 bis 10 solche. Meist fanden sie sich auf der Brust und am Unterleibe, zum Theil an den Extremitäten, bisweilen im Gesicht, an der Stirn, am oberen Augenlide, dann aber nur erbsengross. In 2 der letzteren Fälle trat Ophthalmia neonatorum ein, sehr wahrscheinlich durch Reizung der Conjunctiva durch das in's Auge gelangte Secret der nahen, geplatzten Blasen. Denn alle übrigen gleichzeitig verpflegten Säuglinge blieben frei von der Augenerkrankung, die auch beide Male übrigens einen günstigen Ausgang nahm.

Die Blasen entstanden und platzten meist binnen 24 Stunden, unter Erguss ihres zuerst ziemlich klaren, aber schnell getrübten flüssigen Inhaltes und mit zurückbleibender dunklerer Röthe der von Oberhaut entblössten Stellen. — Leider fand ich nicht Zeit, die Flüssigkeit mikroskopisch zu untersuchen.

I.

No.	Geschlecht		Geburtstag.	Tag der Eruption.	Zahl der dazwischen nicht erkrankten Kinder.
1	—	M.	26. Decbr. 1871.	vor der Geburt.	—
2	—	M.	23. „	30. Decbr. 1871.	3
3	K.	—	23. „	1. Januar 1872.	—
4	K.	—	1. Januar 1872.	5. „	1
5	K.	—		6. „	—
6	—	M.	3. „	9. „	—
7	K.	—	6. „		—
8	K.	—	10. „	16. „	—
9	—	M.	11. „		—
10	—	M.	11. „	17. „	—
11	—	M.	19. „		1
12	—	M.	20. „	25. „	3
13	K.	—	23. „	31. „	—
14	—	M.	25. „	1. Februar.	—
15	—	M.	27. „	2. „	—
16	K.	—	2. Februar.	7. „	3
17	K.	—	8. „	13. „	10
18	K.	—	20. „	28. „	10
19	—	M.	16. März.	21. März.	—
20	K.	—			29

II.

1	K.	—	5. Mai.	8. Mai.	2
2	—	M.	5. „	9. „	—
3	K.	—	30. April.		—
4	K.	—	13. Mai.	19. „	2
5	—	M.	15. „	21. „	—
6	K.	—	18. „	26. „	1
7	—	M.	31. „	6. Juni.	12
8	—	M.	6. Juni.	12. „	4

Bei keiner Mutter fand sich ein Zeichen von Syphilis, auch konnte weder bei ihnen, noch bei den durchweg kräftigen, gut genährten Kindern von Kachexie die Rede sein, der Ausschlag trat epidemisch in der Anstalt auf, zeigte sich weder vorher, noch nachher in derselben, die Ansteckungsfähigkeit, möglicherweise durch Pilze, ist unzweifelhaft.

In der Stadt sah ich — jedoch zu anderer und verschiedener Zeit — 2 Mal bei bisher gesunden Kindern wohlhabender, ganz gesunder Eltern, in den ersten Lebenstagen Pemphigus in grosser Intensität, viele und grössere Blasen mit zahlreichen Nachschüben auftreten. Beide fieberten stark, beide litten an Verdauungsstörung und unruhigem Schlafe, das eine, ein Mädchen, mit vielen, nicht grossen, schnell platzenden Blasen, genas vollständig, das andere, ein Knabe, bei welchem die Blasen nicht am ersten, sondern an späteren Tagen platzten und sich bis dahin erheblich, zum Theil über thalergross, verbreiterten, starb. Bei beiden war allmählig ein grösserer Theil, bei dem Knaben sicher mehr als ein Drittheil der Körperoberfläche von Oberhaut entblösst worden.

Die Verbreitung des Ausschlags bedingt den Grad der Reaction und der Gefahr, ähnlich, wie bei den Brandblasen durch Verbrennung, ähnlich, wie bei den Pocken, von denen eine einzelne die gleiche Beschaffenheit zeigt, wie eine durch äussere Reize, z. B. Ung. Tart. stib. hervorgebrachte Pustel. Wenige kleine Pusteln oder Blasen erregen kein Fieber und sind ungefährlich, wie die Varicellae, viele rufen starkes Fieber hervor, wie die Varioloiden, allgemein verbreitete, oder sehr grosse bewirken, wie die Variolae confluentes, so heftiges Fieber, dass das Leben dabei nicht lange ungefährdet bestehen kann.

Die Incubationszeit betrug in den maassgebendsten zweiten Erkrankungsfällen der in demselben Zimmer liegenden, früher, als die zuerst erkrankten Kinder, Geborenen 4 Tage.

Am 26. Dec. Abends 10 wurde das erste Kind mit Pemphiguszeichen geboren, am 30. Dec. erkrankte das Kind der nächstliegenden, am 23. Dec. Entbundenen; am 5. Mai geboren, zeigte das erste Kind der 2. Reihe am 8. Mai, und bereits am 9. Mai das andere am 5. Mai, und das am 30. April geborene — Blasen-Ausschlag, dessen rasches Auftreten die Ansteckung beider letzteren schon vor Ausbruch der Blasen des ersten Kindes vermuthen lässt. — Bei den übrigen 23 Kindern ist die Incubationszeit nicht zu bestimmen, weil sie sich stets mit schon Erkrankten in denselben Zimmern befanden; es ist also nur zu constatiren, dass

7	Kinder	5	Tage
10	„	6	„
2	„	7	„
3	„	8	„
1	„	10	„

nach ihrer Geburt vom Ausschlag befallen wurden, wobei der Geburtstag nur mitgerechnet ist, wenn die Geburt bis Mittags erfolgt war.

Die Behandlung bestand lediglich in gehöriger Reinhaltung der Kinder; die Erkrankten wurden in besonderen Wannen gebadet; indessen kann dadurch, wie durch eine gute Ventilation die Ansteckung — auch wenn sie nicht durch Pilzsporen geschieht — nicht ausgeschlossen werden, da stets für Bewohner desselben Zimmers, trotz aller Vorsicht, Möglichkeit genug zur Berührung vorhanden ist.

Man kann diese Krankheit mit Ahlfeld Morbus bullosus neonatorum nennen; indessen empfiehlt sich die Vermehrung der Namen ohnehin nicht; und mit gleichem Rechte könnte man auch die kachektischen Formen der Krankheit: Morb. bullosus neonat. cachecticus oder syphiliticus nennen. —

II.

Gynäkologische Bemerkungen.

Zeitraum zwischen dem Blasensprunge und der Geburt der Frucht.

Allgemein rechnet man heute den Beginn des zweiten (Austreibungs-) Zeitraums von der möglichst weiten Eröffnung des Muttermundes an (etwa 8 bis 10 Centimeter), nicht mehr vom Blasensprunge an, der bekanntlich bei Primiparis, sehr starken Wehen, sehr dünnen Eihäuten, bei engem Becken, sehr unruhigem Verhalten der Gebärenden häufig schon lange vorher, und umgekehrt, bei Multiparis, wenig wirksamen Wehen, ungewöhnlich dicken Eihäuten, sehr weitem Becken, Ruhe der Kreisenden oft erst längere Zeit nach der völligen Eröffnung des Muttermundes stattfindet, — je nach dem Widerstande, den die Blase findet. Ist dieser nun auch individuell sehr verschieden, und daher auch der Zeitpunkt des Blasensprunges, so schien es doch nicht ohne Interesse, eine Reihe von Beobachtungeu darüber zu sammeln. Dies ist in folgender Uebersicht geschehen, welche auf Fällen der letzten 6 Jahre beruht, — und nur den Blasensprung bei ganz oder fast ganz eröffnetem Muttermunde betrifft. Natürlich blieben alle irgendwie regelwidrigen

Fälle, so wie alle, in denen das Fruchtwasser schon vor der Aufnahme in die Anstalt abgeflossen, mithin der Zeitpunkt des Abganges nicht mehr sicher zu bestimmen war, — ausgeschlossen, nur Schädelgeburten mit übrigens regelmässigem Verlaufe sind berücksichtigt, um die Frage zu beantworten, „wie viel Zeit verfliesst gewöhnlich bei Erstgebärenden, und bei Mehrgebärenden vom spontanen Blasensprunge bis zum Austritt des Kopfes?“

Der Blasensprung erfolgte

		Primiparae	Multiparae	Sa.
A.	zugleich mit oder unmittelbar vor der Geburt der Frucht	38	111	149
	bis 15 Minuten vor der Geburt der Frucht	27	94	121
	„ 30 „ „ „ „ „ „	62	79	141
	„ 60 „ „ „ „ „ „	61	61	122
	„ 2 Stunden „ „ „ „ „	58	26	84
B.	„ 2½ „ „ „ „ „ „	22	7	29
	„ 3 „ „ „ „ „ „	19	9	28
	„ 4 „ „ „ „ „ „	28	11	39
	„ 5 „ „ „ „ „ „	8	6	14
	„ 6 „ „ „ „ „ „	10	4	14
	„ 8 „ „ „ „ „ „	9	2	11
	„ 10 „ „ „ „ „ „	8	3	11
	„ 12 „ „ „ „ „ „	2	3	5
	„ 13 „ „ „ „ „ „	2	—	2
	Summa:	354	416	770

Kann auch diese eine Reihe noch nicht maassgebend sein, so gestattet sie doch einige annähernde Schlüsse.

Nehmen wir die Stundenzahlen als voll und ferner an, dass bei regelmässigen Geburten, die Blase bei nahezu völlig eröffnetem Muttermunde springt, so dass sofort der Kopf in denselben ein- und durchtritt, so

ergiebt sich als durchschnittliche Dauer des 2. Geburts- (Austreibungs-) Zeitraumes für die 354 Primiparae 2 Stunden und $^{11}/_{118}$, für die 416 Multiparae nur 57 Min. und $^{31}/_{52}$.

Ferner ergiebt sich, dass verhältnissmässig oft, namentlich bei Mehrgebärenden, die Blase erst lange nach gänzlicher Eröffnung des Muttermundes, und zwar besonders oft erst ganz zu Ende des zweiten Geburtszeitraumes sprang, bei den Erstgebärenden in 10,7%, bei den Mehrgebärenden in 26,6% der Fälle.

Das Vorrücken des Kopfes im kleinen Becken ist dann innerhalb der Blase, ausserhalb der Wehen, leicht zu constatiren.

Resultirt also schon aus der ganzen Reihe die bekannte Thatsache, dass der 2. Zeitraum bei Erstgebärenden durchschnittlich 2 Stunden, bei Mehrgebärenden 1 Stunde dauert*), so wächst der Unterschied noch sehr, wenn wir nur die Reihe ad A. — Intervall zwischen Blasensprung und Geburt des Kopfes höchstens 2 Stunden — betrachten.

Unter 246 Erstgebärenden geschah der Blasensprung mit oder dicht vor der Geburt des Kopfes in 11, 3%; unter den 371 Mehrgebärenden aber in 29, 9% der Fälle,

ferner, bis höchstens 15 Minuten vor dem beginnenden Austritt der Frucht bei

Erstgebärenden in 10, 9%
Mehrgebärenden in 25, 3%

*) Scanzoni, Geburtshilfe, 1867, Th. I. S. 325, selten mehr als 2 Stunden, bei Mehrgebärenden häufig viel kürzer. — Schröder, Geburtshilfe, 1870, S. 101 bei Erstgebärenden durchschnittlich $1^3/_4$ St., bei Mehrgebärenden 1 Stunde. — Spiegelberg, 1858, S. 96 und Grenser, Geburtshilfe, 1869, S. 121 etwa 1 Dritttheil des 1. Zeitraums.

und beide Reihen zusammengerechnet, bei Erstgebärenden in 26, 4%, bei Mehrgebärenden in 55, 2%, endlich innerhalb einer Stunde

unter den Erstgebärenden in 188 der 246 Fälle,
„ „ Mehrgebärenden in 345 „ 371 „

Unter den 354 Primiparis betrug die Zwischenzeit zwischen Blasensprung und Geburt nur 108 Mal oder in 30, 5% der Fälle,
unter den 416 Mehrgebärenden nur 45 Mal oder 10,8% über 2 Stunden,

bei Jenen nur 39 Mal oder 11%
bei Diesen „ 18 „ „ 4,3% } über 4 St.

Die Beobachtungsreihe würde wahrscheinlich doppelt so gross sein, wenn nicht hier, wie überall, die meisten Kreisenden erst mitten in der Geburtsarbeit, und viele davon nach Abfluss des Fruchtwassers zur Anstalt kämen, aber auch jetzt lässt sich constatiren, dass bei Erstgebärenden viel häufiger der Blasensprung nicht zusammenfällt mit der vollständigen Eröffnung des Muttermundes, sondern früher schon, bei Mehrgebärenden aber weit öfter erst später, nahe der Austrittszeit des Kopfes, stattfindet, wegen des weit geringeren Widerstandes der Weichtheile. — Dass hier enge Becken selten sind, ergiebt sich übrigens aus den betreffenden Angaben.

Um den Blasensprung möglichst spät eintreten zu lassen, muss jede Gebärende in der Anstalt, sobald bei kräftigen Wehen der Muttermund etwa thalergross geöffnet ist, sich niederlegen und möglichst ruhig verhalten. Dadurch wird die allmählige und sanfte Erweiterung des Muttermundes und der Scheide, sowie die Ausdehnung des Dammes möglichst gesichert, und die ganze Reihe von Geburtsstörungen und Wochenbettkrankheiten, welche auf vorzeitigen Blasensprung zu-

rückzuführen sind, vermieden. Durch die früher übliche freie Bewegung der Kreisenden ausserhalb des Bettes, bis zum Blasensprunge wird ohne Zweifel letzterer häufig zu früh, und dadurch erhebliche Geburtsstörung herbeigeführt, wie wir dies bei den erst nach dem Abflusse des Wassers Aufgenommenen noch oft sehen.

Der Anfang der Geburt mit regelmässigen Wehen entzieht sich meist der Beobachtung, die Dauer des ersten Geburts-Zeitraumes konnte daher nicht angegeben werden; trotz dessen steht so viel fest, je längere Zeit bei übrigens normalen Verhältnissen bis zum Blasensprunge verstreicht, in desto kürzerer erfolgt dann die Geburt des Kindes, und zwar um so schneller, wenn der Kopf noch innerhalb der Blase das kleine Becken passiren kann.

Valenta*) hat diesen Gegenstand in vielfacher Richtung verfolgt, und auch den Satz aufgestellt, dass mit jeder wiederholten Schwangerschaft resp. Geburt der Eintritt des vorzeitigen Blasensprunges seltener wird, und dass die Eihäute besonders dann vorzeitig bersten, wenn der Muttermund noch weniger als 2″ oder etwa 5,5 Ctm. eröffnet ist. Beides wird erklärt durch die Beschaffenheit des Muttermundes und der übrigen betreffenden Weichtheile, welche bei jeder wiederholten Geburt bedeutender erschlafft erscheinen und weit schneller ausgedehnt werden, so dass die Fruchtblase an ihnen einen immer geringeren Widerstand findet, den sie leichter überwindet. Dass das Lebensalter der Gebärenden keinen directen Einfluss habe, geht schon aus Valenta's Tabelle I. hervor.

---

*) Mon.-Schrift f. Geb.-Kunde, Bd. 28. S. 365.

Placenta praevia.

In der Anstalt ereignete sich nur der letzte Fall, alle andern kamen mir ausserhalb vor.

No.	Datum.	Mutter.	Plac. praev.	Kindeslage.	Verfahren.	Frucht.
1.	1853. 2. Mai Vormittags	Fr. W., 3p., Anfang 8. Monat	Plac. praev. central.	1 Schädell.	Wendung auf den linken Fuss, Extraction	lebendes Mädchen † Abends.
2.	22. Nov.	Fr. C., 34 Jahre, 2 p., 8. Monat	Plac. lateral. dextr.	do.	Wendung auf den rechten Fuss, Zange an d. nachfolgenden Kopf	lebender Knabe † 24. Nov.
3.	1854. 4. December	Fr. G., 4 p., 7. Monat.	do.	do.	Wendung auf die Füsse, Extraction	lebender Knabe.
4.	1857. 16. April	Fr. R., 4 p., 8. Monat	do.	do.		todter Knabe.
5.	3. Mai	Fr. R., 41 Jahr, 4 p., 10. Monat	do.	do.		lebendes Mädchen.
6.	1858. 28. Februar	Fr. P., 38 J., 7 p., 10. Monat.	do.	do.	Wendung, Zange an den nachfolgenden Kopf	todtes Mädchen.
7.	16. Juni	Fr. L., 39 Jahr, 10 p., 10. Monat	do.	do.	Wendung auf die Füsse, Extraction	todter Knabe.
8.	1860. 28. Februar.	Fr. R., 3 p., 10. Monat	Plac. praev. lat. sin.	do.	do.	lebender Knabe.
9.	19. Dec.	Fr. G., 26 J., 3 p., Anfang 9. Monat	later. dextr.	1 Steissl.	Stillung der Blutung durch künstlichen Blasenspr. und den eintretenden Steiss, von da ab natürliche Geburt	lebendes Mädchen.
10.	1861. 17. Januar	Fr. W., 36 Jahr, 9 p., 8. Monat	later. sinist.	1 Schädell.	Wendung — Extraction auf die Füsse	lebendes Mädchen.
11.	1863. 5. Juni.	Fr. W., 30 J., 3 p., 8. Monat	do.	do.	Wendung auf den linken Fuss, Extraction	lebender Knabe.
12.	6. September	Fr. W., 34 J., 5 p., 8. Monat	later. dextr.	do.	Wendung auf den rechten Fuss, Extraction	lebender Knabe.
13.	1864. 1. Januar.	Fr. B., 35 J., 4 p., 8. Monat	do.	2 Schädell.	do.	todtes Mädchen.
14.	1865. 22. März	Fr. N., 43 Jahr, 14 p., 7. Monat	later. sinistr.	1 Schädell.	do.	lebendes Mädchen.
15.	1866. 1. August	Fr. S., 37 J., 5 p., 7. Monat	later. dextr.	do.	Wendung auf den linken Fuss, Extraction	lebendes Mädchen.
16.	1867. 24. März	Fr. M., 8 p., 10. Monat	do.	do.	do.	todter Knabe.
17.	1868. 26. Mai	Fr. L., 3 p., 8. Monat	later. sinistr.	do.	schnelle natürl. Geburt, Blasensprung bei Austritt des Kopfes	lebendes Mädchen.
18.	1871. 18. Februar	P. S., 23 J., 1 p., 9. Mon., durch sehr grosse Blutung sehr anämisch. † 19. Febr.	central.	1 Schulterl. 1 U. A.	Wendung auf den rechten Fuss	todtes Mädchen.

Von den 18 Müttern waren je eine 1 para, 2 para, 7 p., 8 p., 9 p., 10 para und 14 para, zwei 5 parae, vier 4 parae, und fünf 3 parae. — Die letzte starb in Folge übermässigen Blutverlustes, 17 Mütter genasen vollständig.

Unter den 18 Kindern, die sich 15 Mal in 1 Schädellage, 1 Mal in 2 Schädell., 1 Mal in 1 Steissl., 1 Mal in 1 Schulterlage befanden, wurden todtgeboren

3 Knaben und 3 Mädchen = 6 Kinder,

starben bald

1 Knabe und 1 Mädchen = 2 Kinder,

blieben am Leben

4 Knaben und 6 Mädchen = 10 Kinder.

Nur ein Mal (Nr. 17) verlief die Geburt bei geräumigem Becken so schnell natürlich, dass es keines künstlichen Eingriffes bedurfte, da der innerhalb der Eihäute rasch herabtretende Kopf als bester Tampon die Blutung sistirte; ein Mal (Nr. 9) genügte der künstliche Blasensprung zum schnellen Herabrücken des vorliegenden Steisses, und dadurch zur Stillung der Blutung; 16 Mal war die Wendung und Extraction erforderlich, und wurde bei genügender Eröffnung des Muttermundes sofort ausgeführt, zum Theil nach Anwendung des Tampons. — Allgemein gilt heute wohl der Satz, dass zur Beendung der Geburt, sobald der Muttermund die Einführung der Hand gestattet, die active, freilich nicht übereilte, Behandlung angezeigt sei. Zunächst handelt es sich aber um Blutstillung bis zu genügender Eröffnung des Muttermundes.

Ueber die eiskalte Uterus-Douche nach theilweiser Ablösung der Placenta auf die blutende Stelle, die Seyfert*) empfiehlt, fehlt mir die Erfahrung, und ich scheue die letztere, nachdem diese Methode

*) Prag. Viertelj. S. 1852, Bd. III. S. 81.

nirgends Eingang fand, ebenso wie die zuerst von Simpson, Churchill*) u. A. vorgeschlagene völlige Abtrennung des Mutterkuchens von dem Kinde, wozu wohl thatsächlich die schon von Merriman, Gooch und später von Löwenhardt angerathene Durchbohrung der Placenta und Extraction der Frucht durch die Placentar-Oeffnung geführt hat, weil hierbei meist die ganze Placenta vor dem Kinde abgelöst sein wird.

Das erste und das letzte Verfahren scheint für Mutter und Kind, das Simpson'sche jedenfalls für das Kind, höchst gefährlich, und nur dann als Nothbehelf statthaft, wenn die ohnehin schon fast ganz abgelöste Placenta die künstliche Entbindung hindert.

Viel weniger eingreifend, namentlich bei Kopflagen und bei Umständen, die den weitern natürlichen Geburtsverlauf erwarten lassen, sobald der Uterus durch Abfluss des Fruchtwassers sich verkleinert, ist das Credé'sche**) Verfahren, später auch von Cohen***) angerathen, bei heftiger Blutung, sowohl bei Plac. praevia centralis als lateralis, den Muttermund mit den Fingern zu erweitern, soviel Placenta, als zur genügenden Erweiterung nöthig ist, abzulösen, und dann die Blase, wenn sie noch unverletzt ist, zu sprengen.

Meist wird aber Geburtsbeschleunigung durch die Wendung auf die Füsse, also mit Einführung der ganzen Hand in den Uterus, angezeigt sein. Die dazu nöthige Erweiterung des Muttermundes, — falls er nicht wie meist ohnedies leicht ausdehnbar ist —

*) Barnes, Placenta praevia, London 1858, S. 96.
**) Credé, Klin. Vorträge über Geburtshilfe, 1853, S. 200, 261.
***) Cohen, M.-S. f. Geburtshilfe 1855, Bd. 5. S. 241.

und zugleich zeitweise Stillung der Blutung geschieht am besten durch den Braun'schen Kolpeurynter, mit kaltem Wasser gefüllt, das man öfters erneuen muss. Selbst wenn die Blutstillung nicht völlig gelingt, so wird doch durch die Kälte der Blutverlust vermindert und durch den tamponirenden Kolpeurynter der Muttermund am sanftesten eröffnet, dann aber die Gefahr für Mutter und Kind durch die Wendung und Extraction am sichersten beseitigt; denn auch bei Kopflagen hört nach dem künstlichen Blasensprung allein, wie die Wiener Schule ihn vorwiegend empfahl, die Blutung keinesweges immer auf, während der Mangel an genügenden Wehen die allmählige, freilich nicht plötzliche, künstliche Entfernung des Uterin-Inhaltes anzeigt.

Hecker*) hat jüngst, wie früher in seiner „Klinik der Geburtskunde" die Regeln der Behandlung kurz dargestellt, und stellt als Anzeigen zur künstlichen Entbindung mit Recht auf: fortdauernde Wehenschwäche, Pulsfrequenz von 120 Schlägen, deutliche Veränderung des Gesichts-Colorits. Noch längeres Abwarten würde zu völliger Anämie und noch schlechterer Prognose führen. —

Der fernere Rath, die Kreisenden nicht viel zu bewegen, besonders nicht aufzurichten, nicht zu chloroformiren, und nach Herableitung des Fusses erst mit Eintritt von Wehen, wenn aber weiteres Abwarten unthunlich ist, die Frucht ohne alle Uebereilung zu extrahiren, — beruht auf der nothwendigen Rücksicht auf die schon vorhandene Anämie. Die Narkose könnte hierbei leicht tödtliche Paralyse, das Aufrichten, welches zur Herstellung eines Querbettes unvermeidlich

*) Bayr. ärztl. Intell.-Bl. 1873, Nr. 22, S. 3—5.

ist, wie die zu schnelle Entleerung des Uterus, würde bei der geschwächten Energie des Herzens die Blutzufuhr zum Gehirn sehr vermindern, und durch Gehirn-Anämie rasch tödten können.

Droht die Gefahr der letzteren, tritt Collapsus ein, so sind bekanntlich kräftige Reizmittel am Orte. Die Reihe dieser ist wesentlich bereichert worden durch die subcutanen Injectionen, zu welchen Breisky*) öfters Moschus-Tinctur, Hecker**) in 9 Fällen Schwefeläther (1,0 ein bis 7 Mal) mit eclatantem Erfolge verwendeten. Die ausführliche Mittheilung der letzteren fordert entschieden zu weitern Versuchen auf. Mögen die glänzenden Resultate sich ferner bestätigen, und manches Leben durch dies einfache, gefahrlose Mittel erhalten werden, das vor der Transfusion die überall leichte Ausführbarkeit, und auch vor der Moschus-Tinctur den Mangel des beunruhigenden Geruches voraus hat.

---

*) Volkmann's Sammlg. klin. Vorträge
Breisky, Behandlg. puerperaler Blutungen } Bd. 14. S. 21.

**) Bayr, subcutane Aetherinjectionen während und unmittelbar nach der Geburt, München, 1873.

Eklampsie Gebärender

kam 4 Mal vor in der Anstalt.

	No.	Datum.	Alter.	para			Ausgang.
		1869.					
1.	8598.	21. Sept.	22	1	kam bewusstlos an, das Bewusstsein kehrte nicht wieder. Die anfangs halbstündlichen, bald aber etwa viertelstündlich wiederkehrenden Anfälle waren sehr heftig, vom 21. September Abends 9 1/2 Uhr bis 22. Septbr. früh 8 Uhr fanden 25 Anfälle statt, die zerbissene Zunge wurde durch Einlagen geschützt, Puls im Anfall 120, sonst 72, Albuminurie, wegen Anämie nur 2 Blutegel an den Kopf, kalte Umschläge, Chloroform-Inhalationen und 1,0 Chloralhydrat, worauf die Anfälle für einige Stunden seltener wurden. Sobald der Muttermund genügend geöffnet war, künstlicher Blasensprung — Zange — † Knabe.	S. Zange N. 8.	Mutter † 22. September Nachm. 4 1/2 Uhr.
		1870.					
2.	8820.	23. Juni	21	1	kam 5 1/2 Uhr früh bewusstlos an, nach Angabe der Begleiterin gleich nach dem Wasserabfluss; starker, bleibender Eiweissgehalt im Urin, gute Wehen förderten 8 Uhr früh einen lebenden, reifen Knaben zur Welt, kurz darauf schwaches Bewusstsein, das bald ganz schwand. Antiphlogose, wie Chloroform blieben ohne Erfolg. Puls 130. Die Anfälle dauerten kurz, waren aber heftig. Vor der Geburt fanden hier 4 statt, nach derselben folgende: 23. Juni Nachm., 5. Anfall 3 Uhr — Min. 24. Juni früh, 19. Anf. 1 U. 35 Min.		Mutter † 24. Juni Nachm. 5 1/2 Uhr. Kind gesund entlassen.
					6. „ 3 „ 28 „ 7. „ 3 „ 50 „ 8. „ 4 „ 33 „ 9. „ 5 „ 2 „ 10. „ 5 „ 27 „ 11. „ 5 „ 58 „ 12. „ 6 „ 28 „ 13. „ 7 „ 7 „ 14. „ 7 „ 30 „ 15. „ 8 „ 10 „ von da ab schwächer 16. „ 8 „ 30 „ 17. „ 9 „ 30 „ 18. „ 9 „ 54 „	20. „ 2 „ 10 „ 21. „ 4 „ — „ 22. „ 5 „ 45 „ 23. „ 7 „ 30 „ dann nur noch seltene, leichte Zuckungen. Respir. 36.	
		1872.					
3.	9169.	29. Febr. Abends	24	1	kam scheinbar gesund an, 1. März früh 2 Uhr Blasensprung, nach 15 Minuten Geburt eines lebenden, reifen Mädchens. Nun trat plötzlich,		Mutter und Kind 10. März gesund

					enthielt am 1. März viel Eiweiss, am 2. März Vormittags bereits keines mehr. 2. Anfall von 2 Uhr 45 Min. bis 2 Uhr 55 Min. 3. „ „ 4 „ 30 „ „ 4 „ 35 „ 4. „ „ 5 „ 30 „ „ 5 „ 35 „ 5. „ „ 7 „ — „ „ 7 „ 15 „ 6. „ „ 8 „ — „ „ 8 „ 5 „ dann Pause 7. „ Ab. 10 „ — „ „ 10 „ 10 „ letzter Anfall 8. „ „ 11 „ 30 „ „ 11 „ 37 „		
4.	9354.	28. Nov. Nachmittags $2^1/_2$ Uhr	26	1	kam angeblich $3^1/_2$ Stunden nach dem Wasserabfluss bei gut eröffnetem Muttermunde, hatte 1 einzigen Anfall, nach welchem durch die Zange ein lebend reifer Knabe entwickelt wurde, Urin vom 28. bis 29. November stark, seit 30. November etwas weniger, seit 2. December gar nicht mehr eiweisshaltig.	Zange N. 34.	Mutter und Kind 8. Decbr. gesund entlassen.

5. Folgender Fall aus meiner Privat-Praxis gehört ferner hierher, den Herr Doctor Bramson grösstentheils mit mir beobachtete:

Fr. W., 26 Jahr alt, früher chlorotisch und steril, zum 1. Male im 7. Monat schwanger, hat seit Anfang October 1872 leichtes Oedem des Gesichts, besonders der unteren Augenlider und der Hände, am 10. October heftige, rechtseitige Kopfschmerzen, Diarrhoe und wässeriges Erbrechen, am 11. October ist der Urin eiweissfrei, alle Erscheinungen schweigen, Wohlbefinden bis 13. October, aber am 12. October ist der Urin ziemlich stark, etwa $^1/_4$ eiweisshaltig. Am 13. October Morgens heftiger allgemeiner Kopfschmerz, Erbrechen, $11^1/_2$ Uhr Vormittags erster eklamptischer Anfall, links stärkere Zuckungen, Bewusstsein aufgehoben, nach Aufhören des Anfalls getrübt, Amaurose, die erweiterten Pupillen reagiren schwach, Puls 72. Nachmittags $4^1/_2$ Uhr zweiter eklamptischer Anfall, 5 Uhr dritter eklamptischer Anfall, sehr seltene und schwache Uterus-Contractionen, geringe Uterinblutung; orif. ut. sehr wenig, etwa 1,0 eröffnet; linker Arm und linke Gesichtshälfte gelähmt, Abends 11 Uhr Erbrechen, Puls 68, wieder volles Bewusstsein; 14. und 15. October keine Anfälle, kein Erbrechen, Pupillen weniger weit, reagiren besser, Sehvermögen wieder vorhanden, volles Bewusstsein, Arm ist wieder activ beweglich; Urin noch eiweisshaltig; 16. October Befinden noch besser, Mittags Puls 72, Abends Puls 80, viel Schweiss, Kopfschmerz schwindet ganz, linker Arm fungirt ganz normal, die Lähmung der linken Gesichtshälfte ist vermindert, noch geringes Oedem des Gesichts und der Hände, Urin noch eiweisshaltig, mikroskopisch Nieren-Epithel. 17. October ebenso, Mittags Puls 60, Abends 72. 18. October Vormittags 11 U. Bewusstsein wieder getrübt, Puls 88, Pupillen reagiren wenig, Zuckungen, 12 Uhr starker eklamptischer Anfall, Nachmittags 2 Uhr sehr schwaches Bewusstsein, Puls 120, Respiration 36, Pupillen weit, stertoröses Athmen, kein Erbrechen; Abends 6 Uhr Puls 140, Respiration 40, † in Coma Nachts 12 Uhr.

In keinem dieser Fälle war die Gleichzeitigkeit aller Anfälle mit Wehen nachweisbar, in den 3 letzten gar nicht, im ersten bisweilen.

Die Sectionen an Eklampsie Verstorbener ergaben hauptsächlich starke Anämie des Gehirns und Oedem desselben, weit seltener Hyperämie und apoplektische Heerde*). Dies Hirnödem und secundäre Anämie, besonders des Mittelhirns, bestätigt die Traubè-Munk-Rosenstein'sche Auffassung, welche viele, vielleicht die meisten Fälle erklärt, denn sie stellten fest, dass Coma und später Convulsionen eintreten, wenn durch Zunahme des Blutserums und der Spannung im Aortensystem Hirnödem bewirkt wird, und diesem Gehirn-Anämie folgt, sobald ausser dem grossen, auch das Mittelhirn anämisch wird.

Das Blut Schwangerer, welche an Albuminurie, oder an ödematösen Anschwellungen leiden, ist stark verdünnt, disponirt also zu Eklampsie. Oedeme, namentlich der Augenlider, gelten deshalb schon lange als bedenkliche Vorboten der Krankheit. Die wirkliche entscheidende Ursache, ohne welche die Krankheit nicht zum Ausbruch kommt, scheint eine bestimmte Druckhöhe im Aortensystem zu sein, welche in Verbindung mit der abnormen Blutverdünnung zu Gehirn-Oedem und Anämie führt. Eine gewisse Drucksteigerung findet in der Schwangerschaft und Geburt ohnehin statt und sie wird um so grösser sein, je länger die Geburtsarbeit dauert, je mehr der Unterleib angefüllt ist, also besonders bei Erstgebärenden, Zwillingsschwangerschaft und Verstopfung. Starke Gehirnhyperämie wird zu Austritt von Serum, Oedem und so zu capillärer Anämie führen können, oder die Venen so überfüllen, dass kein arterielles Blut mehr einströmen, also das Gehirn nicht mehr durch sauerstoffreiches Blut er-

---

*) Winckel, Pathol. etc. des Wochenbettes. 2. Aufl., 1869, S. 442.

nährt werden kann. Die Hyperämie wird also in ihr Gegentheil, Anämie, übergehen können. Dies würde auch den öfteren Nutzen reichlicher Aderlässe bei Eklampsie erklären, obwohl Blutverlust, je stärker, desto mehr das Blut verdünnt und Hydrämie befördert, denn der Aderlass beschleunigt den Abfluss des venösen Blutes aus dem Gehirn und dadurch den Zufluss arteriellen Blutes.

Dass Hydrämie, wie bei Albuminurie, nur die Disposition, noch nicht die Gewissheit späterer Eklampsie abgiebt, zeigen die nicht seltenen Fälle, in denen diese Krankheit dennoch nicht eintritt und die auch nicht seltenen, in denen sich gar kein Eiweiss im Urin findet (bei Brummerstädt*) unter 125 Fällen 19 Mal), obwohl Eklampsie sich einstellte. Für die erstere Reihe kam mir jüngst ein neuer Beleg vor.

11. Juni, Frau G., 36 Jahr (?) alt, bisher ganz gesund, befand sich im 7. Monate ihrer 3ten Schwangerschaft, zeigt seit etwa 8 Tagen Oedem des Gesichts, der unteren Augenlider und der Füsse, hat seitdem starke Albuminurie, etwa $^1/_4$ der Urinmenge ist Eiweiss, erkrankt an Pleuritis dextra. Am 12. Juni früh $3^1/_2$ U. Abortus, todtfauler Knabe, — keine Spur von Eklampsie; der Eiweissgehalt des Urins vermindert sich unter starken Schweissen und ist am 21. Juni völlig geschwunden, Genesung.

Aehnlich, aber ohne Albuminurie, verlief in der Anstalt No. 9140. O. 23 Jahr alt, 1 p., kam am 16. Januar 1872 scheinbar gesund hier an, der Blasensprung erfolgte 17. Januar Abends $8^1/_2$ Uhr, am 18. Januar früh 8 Uhr bedeutendes Oedem des Gesichts, besonders der

---

*) Brummerstädt, Bericht über die Hebammen-Lehranstalt Rostock, 1866, S. 102 ff.

unteren Augenlider, Kopf bis in die Beckenenge herabgetreten, Wehen schwach, kein Lebenszeichen des Kindes — Zange — todtes reifes Mädchen —, Urin muss mit dem Katheter entleert werden, Abends wieder, 19. Januar ebenfalls 2 Mal, zeigt bei wiederholter Untersuchung niemals Eiweissgehalt. Am 20. Januar schwindet das Oedem, Patientin urinirt selbstständig, ist sehr blass, reconvalescirt aber gut unter Eisengebrauch.

Galaktorrhoea.

Den 2 früher*) mitgetheilten Fällen von Galaktorrhoea, geheilt durch Erregung von Uterinblutung, habe ich einen neuen hinzuzufügen.

Frau B., 35 Jahr alt, am 8. Juni 1871 zum 4. Male entbunden, nährte einen Monat lang; seitdem litt sie an ganz enormer Milchabsonderung beider Brüste, und wurde sehr anämisch, schwach, trotz guter Diät; die Regel war noch nicht wieder eingetreten, bis 14. Oct. war schon Eisen innerlich, und äusserlich verschiedene adstringirende Mittel, auch kühleres Verhalten, jedoch ohne sichtbaren Erfolg gebraucht worden. Es war Anteversio uteri I. vorhanden. Es wurde jetzt 3 Mal täglich die warme Uterus-Douche angewendet. Am 19. November trat Uterinblutung ein, die Milchsecretion hörte nun schnell auf, die Kräfte nahmen ebenso zu.

Die Ursachen scheinen noch nicht genügend festgestellt. In meinen 3 Fällen war es jedenfalls nicht das übermässig lange fortgesetzte Stillen**).

---

*) Monatschr. für Geburtskunde, Bd. 16. S. 424.

**) Scanzoni, Geburtshülfe, 1867, III. S. 481.

Wenn aber Hennig*) als einzige Ursachen entweder zu warme Bedeckung des Busens oder Schlaffheit der Warzenmuskeln, und als ihm bisher stets ausreichende Heilmittel kühleres Verhalten und örtliche Adstringentien nennt, so halte ich diese ätiologischen, wie therapeutischen Grenzen für zu eng gezogen.

Das Rückenmark vermittelt die Beziehung der Brustdrüsen zur Gebärmutter, ganz abgesehen vom N. sympathicus, der die meisten Nerven des Uterus**), aber vielleicht keine zu den Brustdrüsen abgiebt.

Nach Körner***) bewirken elektrische Reizungen eines jeden Punktes des Rückenmarks Contractionen des Uterus, der zum Uterus gehenden Kreuzbeinnerven und des auf der Aorta herablaufenden sympathischen Zweiges. Die Brüste erhalten ihre Nerven aus dem Plexus cervicalis und brachialis. — Praktisch ist die enge Verbindung der Brüste mit der Gebärmutter längst festgestellt. Bereits Hippokrates empfiehlt Schröpfköpfe auf die Brüste gegen Gebärmutterblutungen; es ist Thatsache†), dass bei sehr vielen Frauen beide Brüste, bei andern nur eine, meist die linke, zur Zeit der Regel oft schmerzhaft anschwellen, Scanzoni††) schlug, die freilich als unzuverlässig wieder aufgegebene, Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Reizung der Brustdrüsennerven mittelst wiederholt angelegter Saugapparate vor, stillende Frauen verlieren oft die Nahrung, wenn sich

---

*) Monatschr. für Geburtsk. Bd. 31. S. 79.

**) Luschka, Becken, 1864, S. 379.

***) Studien des physiol. Instit. zu Breslau, 1865, S. 28 u. ff.

†) Scanzoni, Gynäkologie 1867, I. S. 346.

††) Scanzoni, Geburtsh. 1867, III. S. 52.

ihre Menstruation einstellt, das Nähren befördert ganz entschieden die Involution des Uterus im Wochenbett, bei sehr vielen Wöchnerinnen erregt das Anlegen des Säuglings in den ersten Tagen des Wochenbettes jedes Mal eine deutliche Nachwehe, während sich bei nicht stillenden Wöchnerinnen die Rückbildung oft erheblich verzögert, mithin leichter Senkungen, Retroflexionen, Uteruskatarrh, chronische Metritis sich entwickeln*).

Aus allen diesen Beweisen des überaus nahen Consensus der Brüste und des Uterus darf man wohl schliessen, dass die letzte Ursache der Galaktorrhoe nicht immer eine rein locale sein muss, zu warme Bedeckung der Brüste und Erschlaffung der Warzenmuskeln — wenn sie auch durch beide Momente gewiss begünstigt wird — sondern dass sie auch auf mangelhafter Innervation des Genitalapparates beruhen kann, die, wie in meinen 3 Fällen, weder durch Kühle, noch durch Adstringentia verbessert wird. Diese Auffassung bestätigt der Erfolg der warmen Douche und es erscheint die Irritation des Uterus durch dieselbe bis zur blutigen Ausscheidung als nicht werthlos, wenn die gewöhnlichen, örtlichen und innerlichen Mittel, besonders Jod und Eisen nicht ausreichen. Gegen blosse etwas zu reichliche und dadurch lästige Milchsecretion, Polygalaktie, stillender Frauen werden diese allerdings genügen.

---

*) Scanzoni, Metrit. chronica 1863, S. 10. „Wir glauben nicht zu weit zu gehen, wenn wir die Häufigkeit der chronischen Metritis darin begründet suchen, dass die Unsitte der Frauen, ihre Kinder nicht selbst zu nähren, eine immer grössere Ausdehnung gewinnt.“

Lage der Gebärmutter bei Wöchnerinnen.

Schröder berichtete über Lage und Gestalt des puerperalen Uterus*), Winckel hatte unter 100 Wöchnerinnen 42 Mal Vorwärts-, 11 Mal Rückwärtslagerung des Uterus, bei Einigen beide abwechselnd und zwar meist mindestens 14 Tage nach der Entbindung gefunden**).

Credé veröffentlichte im Archiv für Gynäkologie I, S. 84, Beiträge zur normalen Lage der gesunden Gebärmutter. Da diese Anschauungen lebhaften Widerspruch erfuhren***), so hielt ich es nicht für überflüssig, den Gegenstand nochmals zu verfolgen. Eine absolut normale Lage des Uterus kann es nicht wohl geben, sondern nur eine annähernd normale, weil derselbe nirgends einen festen, unwandelbaren Stützpunkt hat, sondern seiner Bestimmung gemäss, sich in der Schwangerschaft erheblich zu vergrössern, im Wochenbette wieder zu verkleinern, nur durch die beweglichen und lockern Befestigungen mit den Nachbarorganen und dem Becken zusammenhängt, so dass er unter normalen Verhältnissen eine ziemlich bedeutende passive Beweglichkeit besitzt und je nach der Füllung der Blase, des Mastdarms und der über ihm liegenden Därme bald nach vorn, bald nach hinten, bald nach unten gedrängt wird.

---

*) Schröder, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, 1867, S. 187.

**) Winckel, Pathol. und Therapie des Wochenbettes, 1869, 2. Aufl. S. 330.

***) s. Sitzungsberichte der Gesellschaft f. Geburtshülfe in Berlin in deren Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. I. S. 97.

Namentlich sind*) die beiden breiten Mutterbänder keineswegs als eine quere Scheidewand des Beckens ausgespannt, hängen vielmehr bis auf ihren Fuss herab frei und beweglich in die Höhle des Beckens herein. Dass aber die annähernd normale Lagerung des Uterus die Tendenz nach vorne hat, ergiebt sich wieder aus den anatomischen Thatsachen, dass derselbe nach vorn ausser durch die contractilen runden Mutterbänder**), auch, nahe 2 Ctm. hoch, theils durch Zellstoff, theils durch Venenconvolute, an dem Grunde der contractilen Harnblase befestigt ist, während die organische Muskulatur innerhalb der Douglas'schen Falten, nach Luschka***) M. retractor uteri, wesentlich die Lage des unteren Endes der Gebärmutter nach hinten bestimmt.

„In ihrer naturgemässen Lage, sagt Luschka†), ist die Gebärmutter nicht, wie im isolirten Zustande, gestreckt, sondern mehr oder weniger so gekrümmt, dass die Concavität der vorderen Beckenwand zugekehrt, also der Grund mässig gegen die Blase hin geneigt ist. Der Körper des Organes beugt sich nämlich vom Halse unter einem nach vorn offenen Winkel von 140° ab, indessen das Ende des letzteren, d. h. die Vaginalportion wieder etwas nach der entgegengesetzten Richtung abgelenkt ist, so dass die Höhle im Wesentlichen einen flach Sförmigen Verlauf gewinnt. Nach den Bestimmungen von Hennig geht bei aufrechter Stellung der Frau die

---

*) Luschka, Becken, 1864, S. 364.
**) Luschka, Becken, S. 360.
***) Das. S. 361.
†) Das. S. 356.

Längsachse ihres Körpers zum hinteren Theile des Grundes der Gebärmutter herein, schneidet die Höhle wenige Millimeter oberhalb ihrer Halbirungslinie und geht genau am vorderen Beugungswinkel des Organes, also zwischen Körper und Hals wieder heraus."

Nur dieses anatomisch begründete Verhalten bestätigten also die 3 erstgenannten gynäkologischen Forscher Schröder, Winckel, Credé, und zwar, weil ausserhalb des Wochenbettes selten gesunde Frauen zur Untersuchung kommen, der Befund an kranken hier nicht maassgebend sein kann —, an gesunden Wöchnerinnen. Doppelt aber scheinen gerade diese Beobachtungen interessant, weil sie nicht etwas fertig Bestehendes, sondern etwas Werdendes kennen lehren und darthun, dass der Uterus in puerperaler Rückbildung meist eine zunehmende Tendenz zur Vorwärtslagerung zeigt, dass Version und Flexion nur verschiedene, an sich ganz unwesentliche Grade einer Lagerung sind, und dass nicht so ganz selten Vorwärts- und Rückwärtslagerung des Uterus bei derselben Person sich abwechselnd finden, in einander übergehen.

1. So lange der puerperale Uterus grösser ist, als der Raum, den der Beckeneingang darbietet, liegt er natürlich grösstentheils oberhalb desselben im grossen Becken, tritt aber, je mehr er sich verkleinert, desto mehr in die Höhle des kleinen Beckens herab, bis er nahezu seine Lage vor der Schwangerschaft erreicht hat. Luschka*) giebt die Länge des Uterus am Ende der Schwangerschaft, also vor dessen Entleerung, auf 37,5 Ctm., dessen grösste Breite auf 26,4 Ctm., grösste Dicke auf 24,4 und die Länge des Uterus, der

*) Luschka, Becken, S. 353.

bereits geboren hat (5 Ctm. Körper und Grund und 2,5 Hals), auf 7,5 Ctm., dessen grösste Breite auf 5 Ctm., annähernd an.

2. Die Schnelligkeit der Rückbildung zeigt schon für sich allein der Höhenstand des Muttergrundes über dem Schoossgelenk, wo derselbe meist nach 12 bis 14 Tagen überhaupt nicht mehr zu fühlen ist.

3. Wenn der untere Theil des Mutterkörpers innerlich als dicker Wulst vor dem Scheidentheile gefühlt wird (was aber nicht stets der Fall ist), so ist er natürlich nicht nur vorn, sondern auch hinten und seitlich, also ringsum zu finden, und schon deshalb nicht mit dem Muttergrunde zu verwechseln.

4. Auch ein Umfang, welcher den Uterus noch hindert in's kleine Becken tief hineinzutreten, zwingt ihn durchaus nicht immer zu einer scheinbar antevertirten Stellung; denn auch in Fällen, wo der Muttergrund noch 4, 5, 6, ja 8 Finger breit über dem Schoossgelenk deutlichst fühlbar war, war bei der inneren Exploration keine Anteversion zu constatiren, (s. No. 20, 22, 23, 25, 30, 34, 48, 61); auch kann er, schon seiner Schwere nach, leicht zur Seite sinken.

5. Zur Feststellung einer Anteversion muss man nicht nur das vordere Scheidengewölbe, sondern auch das hintere exploriren, den Scheidentheil kreisförmig umtasten. Fühlt man den Uterus nach vorn viel deutlicher als hinten und kann man an den Seiten des Uterus die Richtung nach vorn verfolgen, so ist derselbe antevertirt.

6. Nur bei entleertem Mastdarm und Blase ist die natürliche Lage des Uterus zu ermitteln. Sehr starke Anfüllung des Darmes kann ihn sonst nach vorn, die

sehr volle Blase etwas nach hinten und oben, meist seitlich verdrängen.

7. Bleibt der Uterus aber nach Leerung des Darmes antevertirt, anstatt nach hinten oder seitlich zu sinken, oder zeigt er auch bei leerer Blase keine Version, so beweist dies, dass seine Lage nicht ausschliesslich von der Füllung dieser Organe abhängt, sondern noch von andern Momenten, speciell von kräftiger oder zögernder Rückbildung seiner Muskulatur und seiner runden Mutterbänder.

8. Den Theil des Muttergrundes, den man aussen über dem Schoossgelenk fühlt, nimmt man natürlich per vaginam nicht wahr und umgekehrt, wohl aber kann man den vordern Theil des Grundes und Körpers von innen, den hintern von aussen, mittelst bimanualer Untersuchung fühlen, welche die Lage des Uterus, somit auch die Versionen so deutlich wahrnehmbar macht, dass bei gehöriger Vorsicht kaum Täuschung möglich ist.

Die nachfolgende Uebersicht enthält die näheren Angaben über meine Beobachtungen in Bezug auf die Lage der Gebärmutter bei Wöchnerinnen.

Wenige Worte mögen dieselben erläutern.

Wo nichts Anderes bemerkt ist, waren Blase und Darm zur Zeit der Untersuchung entleert, und der Fundus mitten über dem Schoossgelenk von aussen fühlbar, der Scheidentheil und Muttermund in der dem Gebärmuttergrunde entgegengesetzten Richtung, bei den Flexionen mehr gerade nach abwärts gerichtet. Flexionen sind nur bei ausgesprochenem Knickungswinkel notirt; die Schlaffheit des Cervix gestattet, je früher nach der Entbindung, desto weniger, eine scharfe Unterscheidung von Flexion und Version, und

zeigt oft deutlich den Uebergang beider Grade von Vorwärtslagerung bei wiederholter Untersuchung derselben Person. Alle wurden in Rückenlage untersucht, zur Verhütung von Täuschung über Anteversionen, und nur gesunde Wöchnerinnen. Die Grade der Vorwärts- oder Rückwärtslagerung sind mit II bezeichnet, wenn Muttergrund und Scheidentheil beide gleich hoch standen, mit I alle geringern Lageveränderungen, bei denen man noch den Muttergrund durch das vordere oder hintere Scheidengewölbe hindurchfühlen konnte.

No.	?p.	Name:	Tag der Entbindung. 1871.	Tag der Untersuchung.	Befund:	Nährt ihr Kind	Nährt nicht
1	1	Kadw.	28. Octbr.	12. Novbr.	Fund. ut. äusserl. nicht mehr fühlbar. Anteversio I.	—	1
2	2	Bent.	1. Novbr.	12 „	Fund. ut. 2 Finger breit über d. Schoosgelenk. Anteversio I.	1	—
3	1	Roden	2 „	12 „ 16 „ 20 „ 29 „	Fund. 2 F. breit, links „ 1 „ mitten } Anteflexio II. äusserl. unfühlbar { Anteversio II. Anteflexio I. schon vor der Schwangerschaft Anteflexio II, Stenosis orif. ut. externi & int., die durch Pressschwämme u. Incisionen gehoben wurde.	—	1
4	1	Maibaum	3 „	12 „	äusserl. nicht deutl. fühlb. Antevers. II.	1	—
5	1	Roh	4 „	12, 14 „	Fund. 2 Finger hoch fühlbar. Anteflexio II.	—	1
6	3	Scharb	4 „	12 „	— 4 Finger h. links. Anteflexio I.	1	—
7	1	Formel	5 „	12 „	— 1 — mitten. Anteflexio II.	—	1
8	1	Krause	7 „	13 „ 17 „	— 3 — — 2 — } Anteversio I.	—	1
9	1	Jacob	10 „	18 „	Blase und Darm voll, Ut. hoch, keine Version, nach Entleerung des Darmes u. der Blase Fund. 2 F. hoch äusserl. Anteversio I.	1	—
10	1	Schmola	11 „	18 „ 24 „	Fund. 3 F. h. — 2 — } Anteflexio II.	1	—
11	3	Bach	12 „	17 „ 23 „	Fund. 3 F. h. — 1 — } Anteversio I.	1	—
12	1	Laskow	14 „	18 „ 23 „	Fund. 3 F. h. — 2 — } Anteflexio I.	1	—
13	1	Surau	15 „	18 „ 24 „	Fund. 5 F. h. — 2 — } Anteflexio I.	1	—
14	2	Morsch	16 „	18, 22 „ 25 „	Fund. 7 F., keine Version innerl. fühlb. — 4 — Anteversio I.	1	—

No.	?p.	Name:	Tag der Entbindung. 1871.	Tag der Untersuchung.	Befund:	Nährt ihr Kind	Nährt nicht
15	1	Klein	18. Novbr.	24. Novbr.	Fund. 5 F.	1	—
				1. Decbr.	— 5 — Anteversio II.		
16	1	Tozki		25. Novbr.	— 5 — Blase voll, keine Vers.	1	—
				26 „	— 4 — „ leer, Anteflex. I.		
17	4	Scheid	22. „	25 „	— 7 —	—	1
				26 „	— 6 — Anteversio I.		
				1. Decbr.	— 2 —		
18	1	Gilga	30. „	10 „	— 2 — Antevers. I.	1	—
19	1	Kronke	3. Decbr.	4 „	— 7 — Blase voll, keine Version.	1	—
				6 „	— 3 — Antevers. I.		
20	2	Freimann	4. „	4 „	— 6 —	1	—
				6 „	— 4 — keine Version.		
				9 „	— 3 —		
21	1	Klotz	5. „	9 „	— 5 — Antevers. I.	1	—
22	1	Reikow		9 „	— 6 —	1	—
				11 „	— 5 — keine Version.		
23	1	Haase	13. „	25 „	— 4 — links	1	—
				29 „	— 1 — mitten keine Version.		
24	1	Domislaw		25 „	Fund. 5 Finger	1	—
				4. Jan. 1872	nicht fühlbar äusserl. Antevers. I.		
25	2	Schmidt	23. „	25. Decbr.	Fund. 8 F. h.	1	—
				29. „	— 5 — keine Version.		
				1. Jan.	— 3 —		
26	2	Tiessen		28. Decbr.	— 3 — mitten, keine Version.	—	1
				1. Jan.			
27	2	Raykowska	24. „	4. „	äusserl. unfühlbar, keine Vers.	1	—
28	1	Nowak	26. „	1. „	— 4 — links	—	1
				4. „	— 4 — Anteflex. II.		
				5. „	— 3 — mitten		
29	1	Fabian		5. „	— 2 — Antevers. II.	1	—
			1872.				
30	1	Knop	1. Januar	11. „	— 5 — rechts, keine Vers.	1	—
31	7	Rorsch	2. „	11. „	— äusserl. unfühlbar, Antevers. I.	1	—
32	1	Przinicka	5. „	14. „	— 4 F. Anteflex. II.	I	—
33	1	Tingler	6. „	16, 17 „	— 4 — links, keine Version.	1	—
34	1	Rexin	10. „	16. „	— 5 — keine Version.	1	—
35	2	Krause	11. „	20. „	— 1 — Anteflex. II.	1	—
36	1	Welsch	10. „	18. „	— 4 — Antevers. II.	1	—
37	1	Oelrich	18. „	22. „	— 7 —	—	1
				30. „	— 4 — Antevers. I.		
38	1	Kosakowski	20. „	30. „	— 2 — Antevers. I.	1	—
39	2	Gauranski	25. „	30. „	— 5 — Antevers. I.	1	—
40	2	Jampert	9. Febr.	18. Febr.	— 5 — Antevers. I.	1	—
41	2	Steike	10. „	18. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
42	2	Pauls	8. „	18. „	— 3 — Anteflex. II.	1	—
43	2	Roscheit	4. „	19. „	— 5 — Antevers. I.	1	—
44	2	Mauk	12. „	26. „	— 3 — Anteflex. I.	1	—
45	3	Falk	13. „	21. „	— 5 — links, Antevers. I.	1	—
46	1	Wikowski	14. „	21, 23 „	— 3 — Antevers. I.	1	—
47	2	Gonschor	16. „	25. „	— 3 — Antevers. I.	1	—

No.	?p.	Name:	Tag der Entbindung. 1872.	Tag der Untersuchung.	Befund:	Nährt ihr Kind	Nährt nicht
48	1	Mieran	10. Febr.	27. Febr.	Fund. 5 F. rechts, keine Version (hatte Zwillinge)	—	1
49	6	Tasch	23. „	4. März	— 4 — Anteflex. I.	1	—
50	1	Müller	26. „	7. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
51	6	Rizki	12. März	20. „	— 3 — Anteflex. II.	1	—
52	1	Fischer	18. „	24. „	— 4 — Anteflex. II.	1	—
53	2	Roesler	16. „	23. „	— 3 — Anteflex. I.	1	—
54	1	Bath	17. „	25. „	— 3 — Anteflex. I.	1	—
55	2	Schlüter	15. „	27. „	— 3 — Anteflex. II.	1	—
56	6	Jancowski	16. „	29. „	— 1 — keine Version, grosser Scheidenwulst um den Cervix.	1	—
57	3	Heinrich	2. „	12. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
58	7	Kehler	14. „	25. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
59	2	Bornowski	16. „	30. „	— 2 — keine Version.	1	—
60	1	Stahlke	21. „	30. „	— 2 — Antevers. I.	1	—
61	1	Vorbruch	24. „	4. April	— 4 — keine Version.	1	—
62	2	Schulz	25. „	4. „	— 3 — links, Antevers. I.	1	—
63	1	Kurzhals	27. „	7. „	— 4 — rechts, keine Version.	1	—
64	3	Maibaum	7. April	15. „	— 3 — keine Version.	1	—
65	3	Grenz	9. „	18. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
66	2	Ott	15. „	23, 24 „	— 5 — Blase u. Darm voll, k.Vers. — 4 — beide leer, Antevers. I.	1	—
67	1	Bruns	16. „	25. „	— 2 — Antevers. I.	1	—
68	2	Nagurski	18. „	28. „	— äusserl. nicht fühlbar, keineVers.	1	—
69	1	Birt	19. „	30. „	— 3 — keine Version.	1	—
70	2	Quisinski	25. „	30. „ 3. Mai	— 4 — Antevers. I. keine Vers.	1	—
71	1	Domnowski	27. „	5. „ 6. „	— 4 — Blase, Darm voll, keineVers. — 3 — beide leer, Antevers. I.	1	—
72	2	Krüger	28. „	6. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
73	1	Schulz	29. „	8. „	— 3 — Anteflexio II.	1	—
74	2	Ziesen	29. „	8. „	— 4 — keine Version, aber starke Senkung, alter grosser Dammriss.	1	—
75	3	Nährenheim	6. Mai	10. „	— 2 — keine Version.	—	1
76	1	Malis	4. „	10. „	— 4 — keine Version.	—	1
77	1	Domke	5. „	10. „ 17. „	— 4 — Anteflexio I. — 3 — Anteflexio II.	1	—
78	2	Freund	5. „	10. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
79	2	Schulz	6. „	13. „	— 5 — rechts, Antevers. II.	1	—
80	2	Schritt	6. „	14. „	Uter. 2 F., Retroflex. I, Verstopfung; nach Abführ-Mittel und Seitenlage nur geringeRetroversion.	1	—
81	1	Dahlke	7. „	15. „	Fund. 3 F., Antevers. I.	1	—
82	2	Neikowski	13. „	22. „	— 1 — keine Version.	1	—
83	3	Behrend	15. „	23, 24 „	— 1 — Antevers. I.	1	—
84	2	Niclas	17. „	25. „	— 3 — Antevers. I.	1	—

No.	?p.	Name:	Tag der Entbindung. 1872.	Tag der Untersuchung.	Befund:	Nährt ihr Kind	Nährt nicht
85	1	Jahr	18. Mai	27. Mai	Fund. 4 F. keine Version.	1	—
86	4	Joppich	29. „	3. Juni	— 3 — Antevers. I.	1	—
87	3	Holtz	26. „	4. „	— 2 — keine Version.	1	—
88	3	Englte	10. August	20. August	— 4 — Antevers. I.	—	1
89	3	Krisch	11. „	20. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
				24. „	— 6 — Blase voll, keine Version.		
90	2	Krummacher	16. „	25. „	— Bl. u. Darm leer, Antevers. I.	1	—
91	2	Wendt	20.	29. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
92	2	Granzki	20. „	29. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
93	2	Lingenberg.	26. „	4. Septbr.	— 3 — Antevers. I.	1	—
94	4	Siewert.	27. „	7. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
95	2	Domadowska.	30. „	7. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
96	3	Raibach.	4. Septbr.	11. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
97	1	Belau	16. „	25. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
98	1	Haupt	16. „	25. „	— 5 — Antevers. I.	1	—
99	1	Schön	17. „	25. „	— 5 — Antevers. I.	1	—
100	1	Hardies	20. „	29. „	— 1 — Antevers. II.	1	—
101	2	Momm	20. „	7. Oktbr.	— 2 — Anteflexio II.	—	1
102	2	Kliene	21. „	29, 30 Sept.	— 4 — Antevers. I.	1	—
103	1	Hermann	27. „	6. Oktbr.	— 3 — Anteflex. II.	1	—
104	2	Schreiber	1. Oktbr.	10. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
105	2	Freimann	7. „	16. „	— 7 — Antevers. I.	1	—
106	2	Giesler	8. „	17. „	— 4 — Antevers. II.	1	—
107	2	Schönhof	10. „	20. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
108	1	Semmer	11. „	20. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
109	2	Mollin	10. „	19. „	— 3 — Anteflexio I.	1	—
110	1	Lange	12. „	21. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
111	2	Burand	15. „	26. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
112	1	Müller	17. „	29. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
113	4	Wolf	19. „	28. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
114	2	Krause	20. „	29. „	— 3 — Antevers. I.	1	—
115	1	Vogt	26. „	5. Novbr.	— 3 — Anteflexio I.	—	1
116	2	Schulz	29. „	9. „	— 5 — Blase, Darm voll, keine Version, gleich darauf nach Entleerung beider		
					— 4 — Anteflexio I.	—	1
117	1	Meissner	30. „	9. „	— 4 — Antevers. I.	1	—
118	1	Bach	5. Novbr.	15. „	— 3 — keine Version.	1	—
119	2	Wasebitz	8. „	18. „	— 4 — Anteflexio I.	1	—
120	1	Schmidt	5. „	18. „	— 5 — Antevers. I.	1	—
121	3	Klein	16. „	25. „	— 3 — Antevers. I.	—	1
122	3	Hellwig	17. „	26. „	— 3 — Antevers. I.	1	—

122 wurden also untersucht, davon 1 Mal 91, 2 Mal 25, 3 Mal 5, 4 Mal 1.

Weder die Zahl der überstandenen Geburten, noch der Umstand, ob die Betreffenden ihre Kinder nährten, oder nicht, ergab einen sichtbaren Einfluss.

Es waren:

55 Primiparae,	von denen	nährten	45,	nicht	selbst	stillten	10
44-2 parae	„	„	„ 41	„	„	„	3
14-3 parae	„	„	„ 11	„	„	„	3
4-4 parae	„	„	„ 3	„	„	„	1
3-6 parae	„	„	„ 3	„	„	„	—
2-7 parae	„	„	„ 2	„	„	„	—
122			105				17

Nur bei **24** war keine Lagerung des Uterus nach vorn oder hinten zu constatiren, von der Scheide aus der Uterus-Grund oder Körper nirgends durchzufühlen;

bei Einer (2 p., die nährte) fand sich am 9. Tage nach der Entbindung eine Retroflexio 1. Grades, gewiss selten, hier aber nur durch anfängliche Ueberfüllung der Blase und später der Gedärme bedingt; schon am nächsten Tage war nur noch sehr mässige Retroversio I. vorhanden, ohne alle Beschwerden, nachdem der Darm gründlich entleert, der Uterus unberührt geblieben und nur die Seiteneinlage eingenommen war;

bei den **97** übrigen fand sich immer die mehr oder weniger ausgesprochene Tendenz zur Vorwärtslagerung, nämlich bei

57 Anteversio I,
12 Anteflexio I,
7 Anteversio II,
13 Anteflexio II,
1 Anteversio und Anteflexio zu verschiedenen Zeiten,
7 Anteversio und keine Version zu verschiedenen Zeiten.

Inhalt.

I. Bericht über die Heb-Ammen-Lehranstalt 1869—1872.

Lehrcurse 1
Lehrer 2
Allgemeine Einrichtung 2
Geburten 2
Entbundene 2
Uebersicht 3
Zwillingsgeburten 3
Fruchtlagen 10
Lebensfähigkeit der Früchte 10
Nabelschnur-Umschlingung um den Hals 11
Nabelschnur-Vorfall 11
Vorliegender Mutterkuchen 12
Entfernung der Nachgeburt 13
Expressio foetus 14
Wendung (innerlich und äusserlich) 16
Zangenanlegung 20
Perforation und Cephalothrypsie 24
Künstliche Frühgeburt 27
Dammnaht 32
Enge Becken 34
Puerperalfieber 35
Pemphigus neonatorum 41

II. Gynäkologische Bemerkungen.

Zeitraum zwischen Blasensprung und Geburt der Frucht . . . 48
Placenta praevia 53
Eklampsie der Gebärenden 58
Galaktorrhoe 62
Lage der Gebärmutter bei Wöchnerinnen 65

Wigand's Buchdruckerei in Leipzig.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

BSB Bayerische StaatsBibliothek

MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Abegg, Georg Friedrich Heinrich,

Zur Geburtshülfe und Gynäkologie

Berlin 1873

A.obst. 1 ag-1/3#Beibd.2
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11156552-6